



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES PREDICTORES DE LA
RESILIENCIA EN ADOLESCENTES EN CONDICIONES DE POBREZA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

JURADO DEL EXAMEN DE GRADO

TUTOR PRINCIPAL: DRA. MA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

TUTOR ADJUNTO: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

TUTOR EXTERNO: DRA. MA. ELENA T. MEDINA-MORA ICAZA

JURADO A: DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI

JURADO B: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi alma mater, parte de mi formación académica y profesional. En particular a la FES Zaragoza y a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), por su apoyo institucional a través del Programa Académico de Superación del Personal Académico (PASPA), así como al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT No. IN308310).

Un reconocimiento especial a mi comité tutorial por ser un gran equipo y concederme el privilegio de ser mis maestros:

A la Dra. Emilia Lucio, gracias por brindarme su confianza, apoyo, y alentarme a continuar con la investigación a través de los estudios de doctorado, a pesar de algunas adversidades.

A la Dra. Patricia Andrade, mi gratitud, por su involucramiento y entusiasmo en la revisión minuciosa de cada fase del proyecto, y sobre todo, por contagiarme de optimismo.

A la Dra. Maria Elena Medina-Mora, con gran admiración, por sus agudas observaciones y acertadas recomendaciones, en especial, por su generosidad al compartir su tiempo y conocimientos.

A la Dra. Guadalupe Acle, por sus valiosos comentarios y la solidaridad expresada durante mi paso por el doctorado.

Al Dr. Samuel Jurado, por sus puntuales sugerencias que contribuyeron a hacer de éste cada vez un mejor trabajo.

A la Dra. Shoshana Berenzon, por su asesoría constante a lo largo de la investigación.

A la Mtra. Consuelo Durán, por su disposición y dedicación en la lectura de datos.

A Emilia Raggi Lucio por la donación altruista de CDs, estímulo para los adolescentes.

Mi profundo agradecimiento al Dr. Raúl Nieto por el apoyo de siempre.

De manera personal agradezco a las Doctoras María Elena Márquez, Judith López, Inés Vargas y Mirna García, por su invaluable guía en mi iniciación al doctorado, así como a Marina Reyes y Paulina Arenas por su acompañamiento.

Gracias al CECOSAM Iztapalapa, en lo individual al Dr. Hector Rodríguez y a la Dra. Mariela Calzado, y al Centro Comunitario San Lorenzo, por su interés en apoyar la investigación.

Un sincero agradecimiento a las autoridades de las instituciones educativas. En particular a todos los adolescentes y padres que consintieron participar en este proyecto, y a estudiantes de servicio social y tesisistas que apoyaron el trabajo de campo.

Por último dedico este trabajo, a mi esposo Miguel Angel y a mi hijo Rodrigo, mis dos fuentes esenciales de motivación; gracias por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional durante esta etapa de nuestro ciclo vital como familia.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iii
Capítulo 1. Transición adolescente	1
El significado de la adolescencia	2
Desarrollo adolescente: un enfoque integracionista	4
Adolescentes en riesgo: Datos epidemiológicos	7
Perfiles a nivel mundial y nacional	9
Adolescencia en México	12
Capítulo 2. Resiliencia	20
Antecedentes y desarrollo	20
Perspectivas contemporáneas	24
Conceptos clave y modelos en resiliencia	37
Medición: ¿la resiliencia como resultado o como causa del resultado?	46
Evidencia empírica	50
Capítulo 3. Resiliencia y factores asociados	56
Estrés y sucesos de vida	57
Modelos conceptuales del estrés	58
Sucesos de vida y adaptación	61
Medición del estrés	65
Evidencia empírica	67
Pobreza, estrés y desarrollo adolescente	72
El significado de la pobreza	73
Pobreza y desenlaces adolescentes	75
Medición de la pobreza	78
Evidencia empírica	82
Afrontamiento	87
Afrontamiento y adaptación	87
Enfoques y modelos de afrontamiento	89
Medición del afrontamiento	94
Evidencia empírica	96
Apoyo social	102
Definición y dimensiones del apoyo social	103
Apoyo social percibido y adaptación	105
Medición del apoyo social percibido	107
Evidencia empírica	108

	Página
Contexto familiar y desenlaces adolescentes	111
Familias en riesgo y estrés económico	112
Funcionamiento familiar	114
Factores familiares de riesgo y protección	117
Medición del funcionamiento familiar	119
Evidencia empírica	122
Capítulo 4. Investigación	130
Planteamiento del Problema	130
Pregunta de investigación	133
Objetivos	133
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Hipótesis General	134
Hipótesis Estadísticas	134
Variables	134
Definiciones Conceptuales	134
Definiciones Operacionales	136
Tipo de Estudio y Diseño	137
Método	137
Contexto	137
Participantes	138
Instrumentos	140
Procedimiento	144
Consideraciones éticas	147
Capítulo 5. Resultados	148
Características sociodemográficas, personales y familiares de la muestra escolar y la muestra clínica	148
Características sociodemográficas	149
Perfil sociodemográfico de los adolescentes	149
Perfil sociodemográfico de los padres	152
Variables personales y familiares	154
Percepción de pobreza o adversidad económica	154
Sucesos de vida estresantes	155
Afrontamiento	156
Apoyo social percibido	157
Funcionamiento familiar	158
Adaptación	158

	Página
Variables filtro para el tamizaje del riesgo y la adaptación	161
Indicadores y puntos de corte para las variables filtro: NSEB, sucesos estresantes y adaptación	163
Análisis discriminante	165
Distribución de las variables riesgo, adaptación y resiliencia	167
Características sociodemográficas, personales y familiares de los adolescentes resilientes y no resilientes	169
Características sociodemográficas	171
Perfil sociodemográfico de los adolescentes	171
Perfil sociodemográfico de los padres	173
Variables personales y familiares	175
Percepción de pobreza o adversidad económica	175
Sucesos de vida estresantes	176
Afrontamiento	177
Apoyo social percibido	178
Funcionamiento familiar	178
Adaptación	179
Efectos principales y de interacción del sexo, edad y resiliencia en las variables personales y familiares	182
Variables personales y familiares asociadas y predictoras de la resiliencia	185
Correlaciones entre las variables personales y familiares	186
Valor predictivo de las variables personales y familiares en la resiliencia	187
Variables globales personales y familiares predictoras de la resiliencia	187
Variables personales y familiares predictoras de la resiliencia por factores	189
Influencia conjunta de las dimensiones de las variables personales y familiares en la resiliencia	193
Capítulo 6. Discusión y Conclusiones	197
Referencias	217
Anexo	237

RESUMEN

La resiliencia es un constructo multidimensional que refiere a la adaptación positiva ante un riesgo o estrés significativo. La pobreza es considerada un riesgo o estresor crónico, por asociarse a eventos estresantes y a desenlaces negativos en la adolescencia. Con base en el modelo de psicopatología del desarrollo, el propósito de este estudio fue analizar la relación y el valor predictivo de la percepción de la pobreza, los sucesos de vida estresantes, el afrontamiento, el apoyo social percibido y el funcionamiento familiar con la resiliencia en adolescentes en pobreza. Se realizó un estudio de campo, transversal y correlacional, de dos muestras independientes. Participaron de manera intencional 638 hombres y mujeres adolescentes, de 13 a 18 años de instituciones públicas educativas y de salud de la zona oriente conurbada de la Ciudad de México. Se realizaron análisis comparativos entre las muestras para realizar un tamizaje e identificar adolescentes en riesgo resilientes y no resilientes. Los marcadores de riesgo fueron nivel socioeconómico bajo y presencia de sucesos estresantes. Se realizaron análisis comparativos, MANOVA, de correlación bivariada y multivariado como regresión logística. El grupo resiliente y el no resiliente difieren significativamente en todas las variables excepto en la percepción de pobreza. El afrontamiento correlacionó con el apoyo social percibido y el funcionamiento familiar. Resultaron predictores de la resiliencia el afrontamiento funcional (búsqueda de apoyo familiar y solución de problemas); la percepción de apoyo familiar y la unión familiar. Se concluye que los adolescentes son población en riesgo. El NSEB y el estrés juntos, son factores que potencian el riesgo. Los datos contribuyen al diseño de estrategias de intervención primaria y secundaria que promuevan la resiliencia en la adolescencia en diferentes ámbitos.

Palabras clave: Resiliencia, adolescencia, pobreza, sucesos estresantes, riesgo psicopatología del desarrollo

ABSTRACT

Resilience is a multidimensional construct referring to the individual's positive adaptation when facing a risk or significantly stressful situation. Poverty is considered as a risk factor because it is a chronic stressor and its being associated with negative outcomes in adolescence. Based on the developmental psychopathology model, the purpose of this study was to analyze the relationship and prediction capacity of perception of poverty, stressful life events, coping, perceived social support and family functioning to resilience in adolescents living in poverty. A transactional study with two independent samples was conducted. Participants were 638 male and female adolescents, aged 13 to 18 years, who were recruited from public schools and mental health institutions in Mexico City's eastern metropolitan area. Comparative analyses were carried out between samples, in order to establish screen variables and identify resilient and non-resilient adolescents under risk. A low socio-economic level and stressful life events were considered as risk markers. Comparative analyses, MANOVA, bivariate and multivariate correlation analyses, as logistic regression, were performed in order to assess the relationship among the variables under study and their predictive capacity on resilience. Resilient and non-resilient group differ significantly in all variables, except for the perception of poverty. Coping was related to perceived social support and family functioning, which seems to be a central variable related to all other variables. Functional coping, particularly the search for family support and problem solving, were found to be predictors of resilience, together with the family's perception of social support and family union and support. Part of the conclusions state that adolescents are in risk. The sum of NSEB and stress has a major effect on adaptation. These results support the design primary and secondary intervention strategies aimed at promoting resilience among adolescents, at different setting.

Key words: Resilience, adolescence, poverty, stressful life events, risk, developmental psychopathology

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa una etapa crítica del ciclo vital de desarrollo humano. Los cambios más bruscos que tiene que superar el individuo en un periodo de tiempo breve, son los que se presentan en la adolescencia, justo cuando los procesos de desarrollo biológico, cognitivo, psicológico y social siguen evolucionando hacia la madurez (Grotevant, 1998). Las experiencias y tareas propias del desarrollo en dicha etapa pueden ser percibidas como difíciles o estresantes surgiendo con ello conflictos emocionales y dificultades de adaptación en general. Exigencias de diversa índole, algunas esperadas o normativas y otras más de naturaleza crítica y no normativas, hacen que el equilibrio entre recursos y demandas se vea en peligro durante la adolescencia (Seiffge-Krenke, 1998). Es por ello que la mayoría de las perspectivas contemporáneas sobre la adolescencia, aunque no la consideran una etapa necesariamente “tormentosa” (Arnett, 1999; Luthar, 2006), sostienen que una de sus características principales es la vulnerabilidad, debido a que existen múltiples factores de riesgo, aunque también de protección, por lo que el contexto ocupa un papel preponderante en su desarrollo.

Datos recientes muestran un aumento sostenido de la población adolescente a nivel mundial. En la mayoría de los países representa la franja más ancha de la pirámide poblacional (WHO, 2011). En América Latina representa el 30% de la población y en México alrededor del 20% son adolescentes y jóvenes entre los 13 a los 24 años (CONAPO, 2010; INEGI, 2005, 2010).

De manera paralela, los perfiles epidemiológicos muestran un incremento en los trastornos emocionales y de salud en población adolescente. A nivel mundial se reporta que aproximadamente el 20% de los adolescentes presentan algún tipo de psicopatología discapacitante (FMSM, 2003), mientras que las encuestas nacionales de salud a nivel nacional más recientes indican que alrededor del 40% de la población adolescente presenta algún trastorno mental (Benjet, 2009; Borges, 2008). Se indica que las edades de inicio de diversos trastornos psicológicos surgen en la adolescencia dejando secuelas en la etapa adulta, estableciendo un mal pronóstico en el desarrollo ulterior. Mucha de la problemática reportada se asocia a diversos factores proximales y distales de los cuales algunos son inherentes al adolescente, como el afrontamiento, y otros son de carácter externo y contextual, como la dinámica familiar y el vivir en condiciones de pobreza.

Desde hace algunas décadas se ha tratado de entender tanto el desarrollo normal como la presencia de trastornos emocionales en los adolescentes (Garmezy, 1991; Rutter, 1985). El interés es el estudio no solo de factores de riesgo, sino también de factores de protección, y su interacción, que permiten una adaptación positiva a pesar de la adversidad o de condiciones de riesgo significativo, a lo que se le denomina resiliencia (Luthar, 2006).

La resiliencia es un fenómeno que ha acaparado la atención de los expertos en desarrollo humano, convirtiéndose quizá en un eje rector de la investigación en los últimos años, particularmente en niños y adolescentes, por sus implicaciones para el desarrollo de programas de prevención en el campo de la salud mental. El concepto surge en un ámbito multidisciplinar que se ha nutrido de la investigación realizada básicamente en el campo de la psicopatología y el desarrollo (Achenbach, 1999), con el fin de explicar por qué algunos individuos a pesar de experimentar o vivir en situaciones de adversidad son capaces de seguir adelante y mostrar un buen ajuste o adaptación.

Se reconoce como pioneros del estudio de la resiliencia a Garmezy, Rutter y a Werner (Grotberg, 2004; Kotliarenco y Aceitón, 2006; Masten, 2001; Luthar, 2003; Walsh, 2004) por sus estudios longitudinales sobre esquizofrenia y pobreza a partir de la perspectiva psicopatología del desarrollo, sin embargo, fueron emergiendo otros enfoques que integran teorías psicoanalíticas, o premisas ecológicas y sociales. Garmezy (1991), Rutter (1987) y Werner (1996), indican que la pobreza implica un riesgo significativo, por representar una fuente de estrés crónico y por sus consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo de los individuos, en particular de los adolescentes.

Este estudio se enmarca en la psicopatología del desarrollo, ya que representa un paradigma multidisciplinario emergente que aglutina a una amplia red de investigadores orientados al estudio integral de la resiliencia, a partir del uso de metodología multifactorial y multinivel, bajo la premisa de que el desarrollo de los adolescentes es producto de una transacción entre diversos factores personales y medio ambientales como la pobreza.

El propósito de este trabajo fue analizar la relación y capacidad predictiva de variables como percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido y funcionamiento familiar sobre la resiliencia en adolescentes cuando la situación de riesgo es un contexto de adversidad económica o pobreza, debido a que hay evidencia que muestra su importancia en las trayectorias y desenlaces adolescentes, sin embargo, existe ambigüedad con respecto a algunos resultados.

Se destaca la importancia de desarrollar investigación multifactorial, porque a pesar de la vasta literatura a nivel mundial, en México son relativamente pocos los estudios sobre presión económica, estrés y resiliencia con población adolescente, que reporten el trabajo simultáneo con muestras escolares y clínicas de comunidades marginadas y de bajos recursos, que incorporen las variables que se analizan en este estudio.

Generalmente los estudios con niños y adolescentes, son realizados con población escolar. En este sentido es escasa la investigación con adolescentes y aún más, con las características de la población con la que se trabajó. Se plantea la necesidad de determinar qué variables contribuyen a la resiliencia, en ambientes de adversidad económica, por sus implicaciones para el desarrollo de propuestas de intervención a nivel de prevención primaria y de promoción de la salud mental, tanto en los adolescentes como en sus familias, ya que si bien no se puede incidir fácilmente sobre factores macro-estructurales como la pobreza, sí se pueden modificar algunos factores o condiciones proximales, como el contexto familiar.

Este documento integra aspectos teóricos y metodológicos de las variables involucradas en el estudio, por ello en el Capítulo 1. Adolescencia, se hace una revisión del concepto, de los perfiles epidemiológicos en salud mental a nivel nacional e internacional, y se proporciona una visión general de quiénes son los adolescentes mexicanos. El Capítulo 2. Resiliencia, presenta una revisión extensa del tema, desde sus antecedentes y diversas conceptualizaciones, a partir de las distintas perspectivas, hasta la evidencia empírica, en particular de la psicopatología del desarrollo, por ser el marco de referencia. En el Capítulo 3. Resiliencia y factores asociados, se revisan conceptualizaciones y formas de medición, así como evidencia empírica, de las variables de estudio vinculadas con la adaptación y la resiliencia en la adolescencia, como sucesos de vida estresantes, pobreza, afrontamiento, apoyo social y funcionamiento familiar.

El Capítulo 4. Investigación, plantea la lógica del proyecto. Se plantea el problema, la pregunta de investigación, los objetivos, hipótesis y el método. El Capítulo 5. Resultados, presenta los datos obtenidos mediante los análisis efectuados, conforme a los objetivos y a fin de corroborar la hipótesis general. En el último capítulo 6. Discusión y Conclusiones, se polemiza sobre algunos resultados con base en la literatura, y se plantean algunas conclusiones, dentro de las cuales se resaltan los aportes y limitaciones. El apartado Anexo muestra los consentimientos informados.

CAPÍTULO 1

TRANSICIÓN ADOLESCENTE

“Quería tan solo intentar vivir lo que tendía a brotar espontáneamente de mí...”

(Demian: Hesse, p. 1).

El fenómeno de la globalización ha alcanzado a la mayoría de los países, incluidos aquellos, aún en desarrollo. Las condiciones, dificultades y complejidades de la sociedad cambiante involucradas en tal situación, tanto a nivel macroestructural –particularmente económicas y sociales- como microestructural, han repercutido de manera importante en la dinámica de los países, regiones, comunidades, así como en los pequeños grupos y los individuos. Las variables contextuales y situacionales tienen un impacto importante en el desarrollo del adolescente porque se constituyen en el marco referencial en el cual se inserta, imponiéndole tareas y desafíos, normativos y no normativos, en su crecimiento.

A menudo los individuos son expuestos a presiones que pueden alterar sus ritmos de vida, en función de las exigencias del medio, por lo que la adolescencia es considerada una de las etapas del ciclo vital del ser humano más críticas o de mayor vulnerabilidad.

Para la Organización Mundial de la Salud –OMS- (World Health Organization -WHO- 2011) la adolescencia es un período que puede ir de los 10 a los 19 años, lo cual coincide con las apreciaciones generales respecto a la edad aproximada de inicio y de término de la misma, aunque ésta pudiera prolongarse más allá de dicha edad. Implica la transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios vertiginosos cuantitativos y cualitativos biológicos, cognitivos, psicológicos y sociales, que se definen a través de un proceso dinámico, resultado de la interacción adolescente con múltiples contextos que pueden representar un riesgo o un ambiente propicio para su desarrollo exitoso.

La adolescencia se ha estudiado a partir de diversas posturas teóricas sobre el desarrollo humano, tanto clásicas como emergentes, de las cuales el psicoanálisis fue pionero en el estudio de niños y adolescentes. Todas asumen visiones diferentes respecto a lo que representa dicha etapa, aunque existe consenso en que es un fenómeno universal, matizado por la cultura, cuya tarea básica del desarrollo es la búsqueda de identidad y de la emancipación, a través del intercambio dinámico con su medio ambiente, por lo cual el

contexto en el que vive el adolescente es fundamental (Cicchetti & Cohen, 1995; Ebata, Petersen & Conger, 2002).

El significado de la adolescencia

Los postulados clásicos del psicoanálisis de Freud (1973) sobre la sexualidad humana, proporcionaron las bases del estudio de la adolescencia. Particularmente los trabajos de Ana Freud (1971) resaltaron la importancia de las relaciones de apego tempranas y las discontinuidades del desarrollo en niños y adolescentes, lo cual fue retomado más tarde en la teoría del apego de Bolwby (1998). Para esta perspectiva (Fonagy, Target Steele & Gerber, 1995), la adolescencia es un periodo tenso, caracterizado por ansiedad, por gran movilización de los impulsos sexuales, así como una reorganización y reorientación de la sexualidad.

Algunas de sus premisas básicas, entre ellas la presencia “normal” de síntomas o patología en el adolescente, fue refutada, surgiendo con ello nuevas formas de percibir a la adolescencia más optimistas o equilibradas, que fueron influidas por las ideas de otras disciplinas como la antropología y las ciencias sociales, dándose un giro importante a la conceptualización de esta fase del ciclo vital. Desde una perspectiva psicosocial (Kimmel & Weiner, 1998) la adolescencia es ante todo una construcción social. Es un proceso permeado por variables culturales, sociales, familiares e individuales, que contribuyen a que se signifique de diversas maneras en función del contexto en el que se desarrolla el adolescente, de forma que en algunas culturas parece una etapa poco diferenciada (Mead, 1979).

Erik Erikson (1986) argumentaba que la adolescencia es un periodo crucial del desarrollo del yo, que se va estructurando a partir de las interacciones con su medio, esencialmente de índole social. Concedió gran importancia a las relaciones con los pares en el desarrollo de la identidad propia y del desarrollo normal, así como para el comportamiento desviado, como por ejemplo, las pautas de conducta antisocial. Erikson planteó que una de las *tareas básicas* en la adolescencia es el logro de la identidad, a través de la resolución de la ambivalencia: identidad contra confusión del rol, contribuyendo a la consolidación de la personalidad. Las habilidades sociales permiten que se generen soluciones ante diversos problemas de índole interpersonal que son básicas para la vida. La falta de habilidades psicosociales puede generar pautas de comportamiento poco eficientes, ya que en esta etapa las relaciones con los otros cobran un significado especial.

Las teorías llamadas organísmicas por Grotevant (1998) desarrolladas a partir de los supuestos de Piaget, también han contribuido a entender a los adolescentes. Se plantea que la adolescencia es una etapa de cambios cognitivos. Las estructuras cognitivas, que van reorganizándose a partir de operaciones concretas, hasta lograr una compleja estructuración del pensamiento abstracto propuestas por Piaget (1974), implican cambios cualitativos en la forma de pensar que impactan el desarrollo cognitivo y social del adolescente (Kidwell, Fischer, Dunham & Baranowski, 1983). Debido a ello surge la descentralización, que facilita que el adolescente se “asuma” desde la perspectiva de otra persona, lo que apoya el desarrollo de la identidad. La reflexión, encadenada a otros procesos como la descentralización, la empatía, la anticipación y la planeación, permite que el adolescente tenga mayor control de sí mismo y que genere procesos de socialización más complejos en el intercambio emocional y social con los otros, logrando un balance entre las necesidades internas y las externas, y consecuentemente capacidad de adaptación.

El enfoque ecológico del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital atribuido a Bronfenbrenner (1987) es, tal vez, el que mayor impacto ha tenido en el surgimiento de una visión integral y dinámica de la adolescencia. Asume una postura interaccionista que enfatiza la influencia de múltiples factores en el desarrollo humano en general y en la adolescencia en particular. La interacción de dichos factores es lo que va pautando el crecimiento del individuo.

El ambiente “ecológico” en el que vive el adolescente incluye factores tanto intrínsecos como extrínsecos, los primeros de índole personal, y los segundos medioambientales, a los cuales denomina proximales y distales; ejemplo de los primeros son la familia, la escuela y los amigos, y entre los segundos se ubican los factores económicos, sociales, políticos y culturales.

Desde esta óptica, los factores se organizan e interactúan en cuatro bloques o niveles, de mayor a menor grado de inclusividad, que ejercen influencias directas y/o indirectas sobre el adolescente. El macrosistema, integrado por aspectos ligados a la cultura y al contexto socio-económico como factores ideológicos y axiológicos; el exosistema, que comprende contextos en los que probablemente el adolescente no participa activamente pero que lo influyen de manera directa y/o indirecta, por ejemplo, el trabajo o el grupo social de los padres; el mesosistema, representa las interrelaciones entre dos o más entornos en los que participa el adolescente, como el sistema escolar; y el microsistema, constituido por

factores próximos de la vida cotidiana, que se dan al interior del grupo primario o la familia, o con los pares y amigos del adolescente.

Desarrollo adolescente: Un enfoque integracionista

La investigación contemporánea en adolescencia se caracteriza más por el uso de marcos conceptuales amplios e integrativos de teorías del desarrollo, que por el uso de teorías específicas. Estas aproximaciones parten de la importancia del contexto en el desarrollo de los adolescentes, no obstante, algunas teorías han sido puente entre más de una perspectiva, lo que ha permitido la aparición de paradigmas emergentes.

La psicopatología del desarrollo no solo se considera como una perspectiva integracionista, sino también como un modelo emergente interdisciplinario que surge de la psicología del desarrollo y de la psicología clínica, entre otras disciplinas (Grotevant, 1998). Es definida por Sroufe y Rutter (Carlson & Sroufe, 1995) como el estudio de los orígenes y curso de los patrones individuales de comportamiento desadaptado y normal. Una de sus fortalezas es el estudio de las continuidades y discontinuidades del desarrollo, a partir de las cuales se puede predecir el desarrollo a edades posteriores, por ello, como se verá más adelante, ha cobrado gran importancia e influencia en la investigación longitudinal, en los dominios del riesgo y la resiliencia.

De acuerdo con Achenbach (1999), Magnusson y Casaer (1993) y Rutter (1985, 1993b, 2003) se aprecia una tendencia a integrar diferentes posturas explicativas dentro de un modelo general amplio, para el estudio de estructuras y procesos de desarrollo identificado como psicopatología del desarrollo, en el cual se pueden ubicar otros modelos o teorías integracionistas más específicas respecto al estudio de la adolescencia.

Dentro de este enfoque se encuentran estudios específicos con adolescentes que ilustran la integración de diversas perspectivas, por ejemplo, el enfoque ecológico (Ebata, et al., 2002; Felner, 2000) sobre factores de riesgo durante la adolescencia. El modelo heurístico de Grotevant (1998) puede ser considerado otro ejemplo. Plantea los desenlaces adolescentes en términos de identidad, cambio de las relaciones, salud emocional y conducta competente en la vida diaria, los cuales son producto de la interacción entre características personales y medioambientales, que van desde lo individual hasta lo social.

Para la perspectiva de psicopatología del desarrollo, la adolescencia implica procesos transaccionales de factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociológicos,

dentro de un marco organizacional, por lo que también se le ha identificado como un enfoque transaccional (Sameroff, 1995; Sameroff & Seiffer, 2002) o un modelo organizacional del desarrollo (Cicchetti, 2003).

Para este enfoque la adolescencia puede considerarse como un período sensible del desarrollo, ya que por ejemplo, se ha demostrado la vinculación entre el estrés en la infancia y en la adolescencia con la presencia de trastornos subsecuentes en la edad adulta, sin embargo, la idea de que la adolescencia es un periodo tormentoso es debatida (Arnett, 1999).

Ciertamente existe consenso (Arnett, 1992,1999; Coleman, Hendry & Kloep, 2007; Ebata, et al., 2002; Erikson, 1986; Grotevant, 1998; Kimmel, et al., 1998) en que la adolescencia es una etapa de transición, no necesariamente turbulenta. Se caracteriza por cambios de diversa índole (biológicos, cognitivos, en la autopercepción, en las relaciones familiares y sociales) que generan mayor vulnerabilidad, porque muchos procesos aún se encuentran en desarrollo, por lo que las condiciones del medio ambiente suelen tener una influencia importante en la adaptación del adolescente.

Durante la evolución del adolescente hacia la adultez se pueden presentar diversas trayectorias que pueden ir en un continuo, sobre el cual, en un extremo se ubican las conductas positivas que pueden ser indicadores de un desarrollo estable, como rendimiento académico exitoso, involucramiento en actividades en la escuela, con pares y con los padres, mientras que en el polo opuesto, se encuentran conductas que pueden comprometer el funcionamiento equilibrado del adolescente, como las relaciones tensas en la familia, en la escuela, o problemas involucrados en las tareas básicas del desarrollo (Compas, Hiden & Gerhardt, 1995).

Por ello, es considerada como una etapa de crisis, entendida ésta como un punto crucial del ciclo vital que le proporciona al individuo la oportunidad de desarrollarse en diferentes direcciones, aprovechar sus propios recursos y los del ambiente, con el fin de continuar con su proceso de diferenciación hacia la etapa adulta. Independientemente de algunas divergencias entre las distintas aproximaciones teóricas sobre la adolescencia, en general, todas consideran que la esencia de la transición adolescente es la búsqueda de la autonomía y formación de la identidad. Las experiencias en la familia, la escuela, con los pares, en esta etapa pueden aumentar la vulnerabilidad o predisposición al estrés, o por el contrario pueden actuar como elementos protectores (Rutter, 1985).

Este proceso paulatino de transición de la niñez a la adultez puede presentar continuidades o discontinuidades en la transición niñez-adolescencia y adolescencia-adultez, en función de la interacción de variables biológicas y ambientales. En estricto sentido no existe una edad, claramente establecida, entre el inicio y el fin de dicha etapa. Sin embargo, existen algunos marcadores de tipo biológico como la edad, en especial en su fase inicial.

De tal forma pueden identificarse diferentes etapas o “subetapas” por las cuales el adolescente transcurre hacia la adultez, lo cual permite ubicar a algunos adolescentes como preadolescentes, de 10 a 12 años; adolescentes tempranos, de 13 a 15 años; y adolescentes jóvenes o maduros, de 16 a 18 años (Wohl & Erickson, 1999).

La diferenciación de la adolescencia por subetapas o periodos es conveniente, ya que se caracterizan por procesos cognitivos, emocionales, sociales y comportamentales inducidos por la interacción entre los cambios biológicos y psicosociales, lo que es importante tomar en cuenta para entender su desarrollo (Seiffge-Krenke, 1998).

Se asume que el cumplir con ciertas tareas del desarrollo que se consideran básicas en este periodo, como la consolidación de la identidad, la independencia física y emocional de los padres, o la experimentación de la intimidad, así como el despliegue de habilidades psicosociales que impliquen una adaptación equilibrada a su entorno en diferentes niveles ecológicos, son marcadores psicológicos del fin de la adolescencia y el inicio de la adultez (Erikson, 1986; Grotevant, 1998).

El adolescente necesita crecer dentro de un ambiente estable que le dé continuidad y estructura para cumplir con dichas tareas del desarrollo, por lo cual los procesos familiares son básicos para el fortalecimiento de su proceso de identidad y de autonomía (McCubbin & Patterson, 1983). Asimismo la comunidad en la que crece es importante, ya que la meta del adolescente de crecer hacia una adultez está determinada por la sociedad, lo que implica una amplia variedad de marcos referenciales constituidos por diversas ideologías, creencias, valores, lo cual puede producir confusión, frustración y estrés en el proceso de convertirse en adulto.

Se reitera que el logro de la identidad es fundamental para el desarrollo exitoso en las subsecuentes etapas. Esto implica un proceso complejo que representa el punto de vista de sí mismo que se construye en torno a valores, intereses morales y religiosos, elecciones y predisposiciones vocacionales, motivaciones al logro, estilos cognitivos, estilos de vida, en el cual la familia ocupa un papel central, y el grupo social de referencia, en el entendido de que existe una interrelación dinámica y dialéctica entre adolescente, familia y sociedad.

En síntesis, las perspectivas integracionistas como la psicopatología del desarrollo permiten pensar en la adolescencia como un periodo de transición, en el que interactúan diversos factores en múltiples niveles. Representa una etapa de nuevos retos y desafíos que le permiten al adolescente ir madurando y progresando hacia la adultez, en función de una interacción recíproca adolescente-medio ambiente.

Con base en algunas premisas ecológicas, se considera que en el desarrollo de un adolescente interactúan tanto variables biológicas, como psicológicas y sociales, y que en función de su naturaleza pueden apoyar u obstaculizar su crecimiento en términos de adaptación positiva o resiliencia. Se enfatiza la importancia de reconocer a la adolescencia como una etapa matizada por variables de tipo contextual, en primer lugar la familia, así como la escuela y la comunidad.

Aunque se reconoce la importante influencia de las variables orgánicas en el desarrollo adolescente, no son objeto de este estudio; solo se tomaron en cuenta algunos marcadores como la edad y el sexo. El interés principal fue el estudio de la interacción de algunas variables psicológicas en términos de recursos personales y familiares que, como se precisa más adelante, la literatura reporta de manera consistente como algunos de los aspectos involucrados en la resiliencia durante la adolescencia.

Para fines de este trabajo las consideraciones teóricas sobre la adolescencia de corte integracionista (Bronfenbrenner, 1987; Cicchetti, et al., 2006; Coleman, et al., 2007; Grotevant, 1998; Sameroff, et al., 2002) parecen más adecuadas para entender el desarrollo del adolescente y su proceso de adaptación desde un enfoque de la resiliencia, como se plantea de manera específica en el siguiente capítulo.

Adolescentes en riesgo: Datos epidemiológicos

Los adolescentes representan una gran proporción de la población general a nivel mundial. Según estimaciones de la OMS (2011) una de cada cinco personas en el mundo es adolescente. En Latinoamérica representa el 30% de la población (CEPAL, 2006), mientras que en México constituyen la franja más ancha de la pirámide poblacional e integran alrededor de la quinta parte de la población total (CONAPO, 2011).

En la actualidad se considera prioritario salvaguardar la salud de los adolescentes ya que representan la base del desarrollo social, económico y político de un país en un futuro próximo. No obstante, en las últimas décadas, la salud física y mental de niños y

adolescentes se ha visto afectada por diversas situaciones, como guerras, migración, orfandad, catástrofes naturales, problemas y tensiones familiares, pobreza, y por las limitaciones sobre sus derechos a la educación y a la salud, como lo han señalado el Instituto Interamericano del Niño (IIN-2004) y la Organización Mundial de la Salud –OMS- (WHO, 2003; 2011).

La políticas de salud a nivel mundial (OMS, 2008) enfatizan la importancia de dirigir acciones que apoyen el bienestar integral de los adolescentes, por ser considerado un grupo vulnerable y en constante riesgo, dados los múltiples cambios físicos y psicológicos por los que atraviesan, lo cual se ve reflejado en algunos reportes de salud.

La Federación Mundial de Salud Mental -FMSM- (FMSM, 2003b) estima que alrededor del 20% de los niños y adolescentes padecen una enfermedad mental discapacitante y que aproximadamente el 3.8% requiere de un tratamiento a largo plazo como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Tasas de prevalencia. Trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes en países seleccionados por la FMSM (2003, p. 9).

País	Prevalencia
EE.UU	18-22%
Nueva Zelanda	22%
Puerto Rico	18%
Canadá	18%
Finlandia	15%
Suecia	17%
Grecia	39%
Japón	12%
India	7-20%
China	7%
Franja de Gaza (ansiedad)	21%
Sudán, Filipinas y Colombia	12-29%

El total de los trastornos psiquiátricos representa el 24.7%, cifra por encima de las estimaciones presentadas a nivel mundial hace pocos años (FMSM, 2003). Asimismo resaltan que algunas de las variables sociodemográficas asociadas a dichos trastornos fueron el sexo, el abandono de la escuela, tener un bebé y casarse o trabajar.

La Organización Panamericana de la Salud –OPS- (Maddaleno, Morello & Infante-Espínola 2003; OPS, 2007) proporciona algunos otros datos con respecto a la prevalencia de

problemas emocionales en adolescentes en Latinoamérica. Ubican a México como uno de los países en el que alrededor del 15% de su población presenta algún problema de salud física o emocional. La Federación Mundial para la Salud Mental y la Organización Mundial de la Salud (WFMH, 2006; WHO, 2007b), dado el aumento de la pobreza y otros problemas asociados en dicho segmento de la población, plantean políticas y líneas de acción que marcan como prioridad al maltrato infantil, las enfermedades asociadas a prácticas sexuales de riesgo, el consumo de alcohol y tabaco, así como la depresión y el suicidio en los adolescentes y jóvenes.

La investigación epidemiológica en México reporta altos niveles de trastornos emocionales en población adolescente (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, Fleiz & Zambrano, 2007). Se observa que uno de cada once adolescentes presenta algún trastorno mental serio, uno de cada cinco trastornos son moderadamente severos, y uno de diez es leve, y que la mayoría no recibe tratamiento. Los trastornos de ansiedad representaban el 37% del total, (13.3% lo ocupan fobias específicas y fobia social); seguidos por los trastornos de control de impulsos, los trastornos de ánimo, y por último el uso frecuente de sustancias.

En un reporte preliminar sobre prevalencia (Benjet, 2008), los trastornos de ansiedad ocupaban el primer lugar. El 29.8% de los adolescentes presentan ansiedad (fobia específica el 20.9% y social el 11.2%), seguidos por los trastornos de ánimo y control de impulsos, y por último el consumo de sustancias. Se nota una reducción en el índice de depresión (7.2%), el de impulsividad (9.2%) y el de opositor desafiante (5.3%). Los trastornos de ansiedad con el menor nivel de severidad, mientras que los trastornos de ánimo con los niveles más altos. Otro reporte (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2008) confirma los resultados, encontrándose criterios para uno o más trastornos mentales en casi el 25% de la población adolescente, de la cual el 40% presentó fobias en los últimos doce meses.

Estudios posteriores (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009), permiten observar que, a pesar de que existen variaciones a través de los años en los índices de los diversos trastornos, la ansiedad continúa siendo el de mayor prevalencia, aunque muestre el menor nivel de severidad, en comparación con los trastornos de ánimo.

Perfiles a nivel mundial y nacional

Entre los problemas prioritarios en salud a nivel mundial, prevalecen los trastornos de ánimo, algunos de ellos, asociados al suicidio. La FMSM (2003b; WHMH, 2006) y la OMS (WHO,

2007b) señalan que nueve países presentan cifras altas de depresión y suicidio entre los adolescentes ocupando los primeros lugares en problemas de salud, y que el suicidio es la tercera causa de mortalidad a nivel mundial.

Se estima que las tasas de suicidio se han incrementado en aproximadamente 60% en los últimos cincuenta años entre personas de 15 a 34 años (WHO, 2007b). En América Latina y América del Norte las cifras indican una tasa del 18%, entre los 15 y 24 años de edad. Cada año, al menos 4 millones de adolescentes intentan suicidarse; por lo menos 100,000 lo logran, aunque en cada país la prevalencia sea distinta, ya que existen diferentes factores (p.e. inestabilidad socioeconómica, accesibilidad a armas de fuego, consumo de sustancias tóxicas) asociados al suicidio.

Estudios sistemáticos en México a lo largo de varios años muestran que la depresión y el suicidio son un problema de salud mental (Peña, Ulloa & Páez, 1999). De los intentos suicidas que se reportan, la mayoría son llevados a cabo por las mujeres, pero gran parte de ellos son consumados por los hombres; del total de intentos de suicidio 94% logran consumarlo (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez, et al., 2002). El INEGI (2002a) reportó que de 1997 a 2000 ocurrieron 2459 suicidios consumados, y la mayor parte fueron en población adolescente. El 38.9% tenía entre 15 y 19 años y el 36% se encontraban entre los 20 y 24 años de edad.

Para el 2006, el INEGI reportó más de 3089 suicidios en adolescentes en el país. En el 2008 (Benjet, et al., 2008) se reporta un incremento en México del 74% de suicidios consumados entre 1990 y 2000 en adolescentes (entre jóvenes de 15 a 24 años), lo que se considera uno de los incrementos más altos entre los reportados por veintiocho países. Las últimas estadísticas (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Familiar, Nock, 2008; Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Familiar, Nock, et al., 2010) indican prevalencia de uso de servicios de salud por ideación (44%), por ideación y plan (49%) y por intento (50%), lo que muestra que el suicidio sigue siendo uno de los problemas prioritarios de salud pública.

En cuanto a las adicciones, la FMSM (2003b) reporta una tendencia al aumento en el consumo de drogas entre los jóvenes a nivel mundial. Se indica que la edad de inicio, en la mayoría de los países latinoamericanos, incluido México, es de 13 años y que la edad ha disminuido a los 11 años, siendo el alcohol la principal sustancia tóxica de consumo, aumentándose con ello la vulnerabilidad para el consumo de alcohol y otras sustancias en la etapa adulta (Maddaleno, et al., 2003). Se estima que aproximadamente 300 millones de

adolescentes fuman, y que la mitad morirá por causas relacionadas al consumo de tabaco (WHO, 2011).

En México, el Consejo Nacional Contra las Adicciones (2004) así como algunas encuestas previas a nivel nacional (Villatoro, Hernández, Hernández, Fleiz, Blanco & Medina-Mora, 2004; Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, Jasso, et al., 2001) señalaban un aumento en la prevalencia de 31% en los últimos años; que aproximadamente el 10% y 9% de los adolescentes entre 10-19 años consumen alcohol y fuman respectivamente; y que de los 14 millones de fumadores, aproximadamente el 70% empezaron a hacerlo a una edad promedio de 13 años. Datos recientes indican que, por ejemplo, el 52.5% inicia el consumo de marihuana entre los 15 y 19 años de edad, que la tendencia se ha mantenido de 1987 al 2005, y que los adolescentes son el mayor grupo de usuarios de cocaína con respecto a la población general (Soriano, Ortiz & Galván, 2006; Ortiz, Martínez, Meza, Soriano, Galván & Rodríguez, 2007).

Se observa que el perfil de consumo está asociado a las características socioeconómicas y culturales de cada país, así como a la disponibilidad de las drogas, y que en un país con una economía sumergida, aún en desarrollo como la de México, los inhalantes, junto con el consumo de otras drogas y alcohol, son una de las drogas de uso frecuente entre los adolescentes, en particular en zonas marginadas y suburbanas del Distrito Federal, como por ejemplo, las delegaciones Atzacapozalco y Iztapalapa; a pesar de que existe evidencia de que son las que dejan mayores secuelas en la salud, algunas de ellas irreversibles, en un lapso relativamente corto (Villatoro, Medina-Medina, Rojano, Amador, Bermúdez, Hernández, et al., 2004).

Los trastornos alimentarios por otra parte, se han constituido en un problema más de salud en adolescentes a nivel mundial, en el que México, ocupa el segundo lugar en problemas de obesidad en población general y en adolescentes. Se indica que uno de cada cinco chicos tiene sobrepeso u obesidad, y que a partir de los 16 años un tercio de la población lo presenta, así como otros problemas como la anorexia, con frecuencia asociados a otros trastornos, como ansiedad (Instituto Mexicano de la Juventud, 2002; Sánchez, Borda, Torres & Lozano, 2002).

Estudios epidemiológicos previos (Celis de la Rosa, 2004; Santos, Villa, García, León, Quezada & Tapia, 2003) advierten sobre la alta prevalencia de otras problemáticas también relacionadas a trastornos psicológicos y a otros factores como los económicos. Se enfatiza el aumento del embarazo adolescente. En reportes posteriores (Meave, 2009; Villegas, 2009)

las estadísticas señalan altas tasas de mortalidad en mujeres entre 14 y 19 años de edad, a causa de embarazos prematuros, partos y abortos. Mientras que en los hombres, la mortalidad se relaciona con traumatismos o accidentes, frecuentemente asociados a consumo de alcohol y/o drogas (Secretaría de Salud, 2006).

Los datos a nivel mundial y los proporcionados en México desde hace varios años por las encuestas nacionales de salud (Benjet, et al., 2008, 2009; Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2003a, 2003b, 2005) muestran que los trastornos de ansiedad presentan los “picos” más altos en los perfiles de salud y constatan que los jóvenes entre 12 y 19 años de edad son los más vulnerables.

Este breve panorama ilustra la amplia gama de problemas de salud mental en la adolescencia reportados por organismos internacionales y nacionales de salud que generan preocupación, lo que ha impulsado investigación a partir de diferentes perspectivas con el propósito de delimitar la naturaleza de la problemática. En la actualidad una de las tareas es identificar grupos vulnerables y determinar factores de riesgo y protección que intervienen en las trayectorias y desenlaces adolescentes. Existe un especial interés en identificar los recursos y fortalezas de los adolescentes, a fin de promover acciones de carácter preventivo, conforme lo establecen las políticas y acciones de salud a nivel mundial.

Adolescencia en México

México es un país de jóvenes. De acuerdo con los datos del II Censo Nacional de Población y Vivienda del INEGI (INEGI, 2005b) los adolescentes entre 10 y 19 años representaba el 28.3% de la población general. Datos más recientes (CONAPO, 2010; INEGI, 2010) muestran un descenso en la población joven, aunque se reporta que existen 20.2 millones de jóvenes entre 15 a 24 años, lo que significa que continúa siendo el grupo de edad más grande de la población. Se calcula que el 39% tiene menos de 14 años de edad, mientras que el grupo de jóvenes de 15 a 19 años representa alrededor del 9.6% en todo el país, en el Distrito Federal el 8.4% y el Estado de México, el 13.3% (CONAPO, 2011b). Se estima que hasta el 2020 la población adolescente seguirá creciendo, en particular el grupo de 10 a 19 años de edad.

La investigación muestra algunos datos que permiten identificar algunas características de los adolescentes mexicanos con respecto a factores personales en los

ámbitos de la salud, social, educativo, laboral, y familiar, todos relacionados con la salud física y emocional.

Los resultados de diferentes trabajos con poblaciones escolares y clínicas, urbanas y rurales, así como de estudios transculturales (Aguilera, Salgado, Romero & Medina-Mora, 2004; Lucio, Barcelata, Durán & Villafraña, 2004; Lucio, Plascencia & Zamarrón, 2005; Serrano & Flores, 2005) permiten apuntar que no se puede generalizar con respecto a los adolescentes mexicanos, así como tampoco se podría plantear la existencia de “la familia mexicana”, dada la diversidad de culturas o subculturas en México, en las cuales se encuentran insertos los adolescentes. No obstante, se observan algunas características básicas o tendencias comportamentales en común, con base en lo cual se puede identificar a los jóvenes y conocer cuáles son sus principales problemáticas en diversos ámbitos. Ello permite tener un panorama general de algunas variables personales y familiares relevantes para el presente trabajo.

El ámbito personal: La salud

Respecto a las variables personales se confirman algunas premisas básicas sobre la adolescencia, a través del estudio del comportamiento de los adolescentes mexicanos.

En México, al igual que en otros países, los adolescentes son considerados como uno de los grupos más sanos de la población, cuyos índices de mortalidad han ido en descenso (Borges, et al., 2008; Celis de la Rosa, 2003). Sin embargo, se le considera un grupo vulnerable, ya que tiende a presentar estilos de vida y conductas de riesgo, algunas propias de la etapa, y muchas de ellas asociadas a problemas de salud física y emocional con repercusiones en etapas posteriores del ciclo vital.

Las prácticas poco saludables de los adolescentes pueden incrementar la probabilidad de trastornos de tipo psicofisiológico y de muerte a corto, mediano y largo plazo. Se reporta hábitos alimentarios inadecuados; sedentarismo o falta de actividad física (Russell, 2004); conductas sexuales de riesgo asociadas a embarazos prematuros (Menke & Suárez, 2003) enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA (Meave & Lucio, 2008).

Por ejemplo el consumo de alcohol y drogas, se ha encontrado ligado a accidentes, los que en la actualidad aparecen entre las principales causas de muerte entre los jóvenes de 14 a 19 años (CONAPO, 2010).

Se informa que las mujeres adolescentes presentan los índices más altos de obesidad y sobrepeso (CONAPO, 2010; Santos, et al., 2003). Algunos estudios indican que aproximadamente el 30% de los adolescentes tenían problemas alimentarios, específicamente de apetito y la mitad tenía problemas con su imagen corporal, encontrándose diferencias de género, ya que la mayoría de las mujeres reportaban preocupación e insatisfacción con su imagen corporal a diferencia de los hombres (Arenas, 2005; Barcelata, Lucio & Durán, 2004; Ordoñez, 2003; Sánchez, et al., 2003).

Al mismo tiempo, los adolescentes son el grupo poblacional que menos acude a servicios de salud en general, y de salud mental en particular. Se indica que el 7% de toda la consulta externa de atención primaria a nivel nacional atiende a población entre 10 y 19 años. Esto representa una situación paradójica, ya que por un lado, no es fácil detectar la presencia de alguna alteración psicológica, si no fuera por las encuestas a hogares a nivel nacional (Benjet, et al., 2008, 2009), pero a la vez, los servicios de salud no tienen la suficiente capacidad de respuesta, la cual sería aun menor si la demanda fuera más alta. En la actualidad el porcentaje de cobertura es bajo, proporcionalmente al tamaño de la población adolescente. Por ejemplo, la derecho-habiciencia a los servicios de salud de los adolescentes de 10 a 19 es tan solo de 35.6%, del cual el IMSS asegura al 28%, el ISSSTE al 5.6% y el resto la Secretaría de Salud (CONAPO, 2011b), lo cual ilustra un sistema de salud deficitario en términos de atención a los adolescentes, como se señala previamente (Borges, et al., 2008).

El ámbito familiar

Se podría pensar que las condiciones de los adolescentes hoy en día son mejores que las de generaciones pasadas, sin embargo, todos los cambios globales han generado cambios importantes al interior de sus familias, que no siempre tienen un efecto positivo en su desarrollo. Aunque se reconoce el papel preponderante de la familia, en particular el papel de los padres, tanto de la madre como del padre, en los últimos años la familia mexicana ha sufrido transformaciones que ponen a prueba su capacidad de adaptación.

Se estima que alrededor del 40% de los adolescentes no viven en una familia integrada. El 63.9% de sus hogares son nucleares y el 22.0% son monoparentales. También se ha incrementado al 24%, el número de hogares con familias extensas (INEGI, 2010). La transición en la configuración familiar obedece principalmente a los procesos migratorios, como consecuencia de las recurrentes crisis económicas del país y altas tasas de

desempleo, por tanto las presiones económicas que viven las familias mexicanas han generado que la migración nacional e internacional sea un fenómeno importante, que va en ascenso (Aguilera, et al., 2004; Sobrino, 2010) y que repercute en la acomodación del espacio familiar del cual un creciente número es dirigido por mujeres, lo que interfiere con el bienestar psicológico de los adolescentes.

Este fenómeno migratorio, tanto hacia fuera del país como entre ciudades o interurbano, es diferente de región a región, matizando la vida de los adolescentes y sus familias de diversa forma. Entre los tres primeros estados identificados con mayor movilidad entre ciudades están Michoacán, Oaxaca y Aguascalientes, así como el Estado de México por su movilidad interurbana (Sobrino, 2010).

En este fenómeno de migración no sólo están involucrados el padre y/o la madre, también los adolescentes participan de esta movilización. Cada vez son más los adolescentes que abandonan sus casas en búsqueda de mejores condiciones de vida para sí mismos y para sus familias, lo que genera migración adolescente rural-urbana, urbana-urbana e internacional a edades tempranas (Anzaldo, 2010; Falicov, 2002; Sobrino, 2010) lo que aumenta su vulnerabilidad poniendo en riesgo su integridad física y psicológica.

Una de cada diez familias no tiene recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, ya que la pobreza es una condición que va en aumento en los hogares de los adolescentes mexicanos. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2008) indica que el 22.5% de adolescentes entre 13 y 15 años, presenta pobreza alimentaria; pobreza de “capacidades” el 30.6%; y el 56.6% enfrentan “pobreza de matrimonio”.

Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, Cruz y Méndez (2009) informan que un total de 68% de adolescentes han experimentado en el último año algún tipo de adversidad crónica, mientras que casi el 7% reportaron cuatro o más. La adversidad económica es la de mayor frecuencia seguida de ser testigo de violencia doméstica. Esto indica que cada vez son más los adolescentes que viven en hogares con adversidad económica, en los cuales las madres han tenido que salir a trabajar y aún los hijos a edades tempranas. Se mencionan cifras que van del 15% al 50% de adolescentes que presentan algún tipo de pobreza, lo cual ilustra la magnitud de la problemática. También existe evidencia de que los adolescentes de bajos niveles socioeconómicos están más expuestos a sucesos de vida adversos (Lucio, León, Durán, Bravo & Velasco, 2001).

Existen otros factores que contribuyen a crear inestabilidad en el entorno familiar del adolescente mexicano, a pesar de que evidencia previa señala que la ausencia de los padres, o una mala relación con ellos, pueden favorecer la presencia de síntomas de malestar emocional (González-Forteza, Salgado & Andrade, 1993; Sánchez-Sosa, Jurado & Hernández, 1992).

No representa lo mismo vivir en una gran urbe, que vivir en sus inmediaciones, o en zonas rurales. La dinámica familiar cambia de manera importante, como lo muestran algunos estudios transculturales y comparativos entre regiones y estados de la República Mexicana. Los adolescentes que viven en ciudades más pequeñas, a pesar de ser ciudades de importancia para el país, tienden a presentar menores niveles de estrés (Lucio, et al., 2004) al igual que los adolescentes que viven en provincia (Lucio, et al., 2005), aunque se reconoce que las alteraciones en las trayectorias y desenlaces adolescentes son un fenómeno multireferencial.

Las dificultades inherentes a la adolescencia parecen agudizarse y estar asociadas a los problemas financieros y de migración en la familia, que plantean también, de manera directa o indirecta, presión para los adolescentes, fuera y dentro de su hogar, para asumir, en ocasiones, funciones parentales dentro del sistema familiar, lo que representa una demanda que pone a prueba su estabilidad emocional y capacidad de adaptación.

El ámbito social: educación y trabajo

Por otra parte se indica que algunos aspectos sociodemográficos como la escolaridad, el género y la edad, entre otras, influyen en los comportamientos de los adolescentes (González-Forteza, et al., 1997). Se calcula que sólo cuatro de cada diez jóvenes asisten a la escuela, lo que representa el 56% de la población adolescente, aunque sin diferencias significativas en cuanto al sexo, ya que aproximadamente la mitad son hombres y la otra mitad mujeres, quienes asisten de manera más constante a la escuela.

Los bajos índices de asistencia escolar continúan siendo un problema, el cual parece asociarse a las crisis económicas, que hacen que los adolescentes tengan que integrarse al mercado de trabajo de forma prematura y bajo condiciones poco favorables. Se reporta que el 11.6% de los adolescentes entre 12 y 14 años no acuden a la escuela; de 15 a 19 años el 41.3%, y que alrededor de los 19 años el 80% han abandonado la escuela por motivos económicos y falta de acceso en su localidad (INJ, 2011).

Se nota que los adolescentes mexicanos son un grupo económicamente activo, con una contribución importante al ingreso familiar, del cual 44% son hombres y 24% mujeres. Se reporta que cuatro de cada diez jóvenes trabajan, tres solo estudian y dos de cuatro realizan actividades en el hogar, en particular las mujeres (CONAPO, 2010). También se advierten diferencias en cuanto la edad, ya que solo el 8% de los adolescentes entre 12 a 14 años trabaja, mientras que en el grupo de 15 a 19 años se incrementa hasta el 35%. No obstante, subsisten irregularidades en términos legales, de seguridad e higiene, y de condiciones salariales, que muchas veces violan los derechos de los niños y los adolescentes (INN, 2004).

Por otro lado, se detectan paradojas intra e inter sistémicas escuela-mercado laboral. A pesar de la evidencia que muestra que a mayor escolaridad, mayores oportunidades de empleo y de desarrollo humano, los problemas económicos del país, hacen que esto funcione de forma opuesta a lo esperado. El INEGI (2010) informa que a mayor nivel escolar (secundaria y bachillerato) mayor probabilidad de desempleo o subempleo y más dificultades de inserción en el mercado laboral bajo condiciones justas.

Estos datos son relevantes, si se toma en cuenta que el asistir a la escuela se considera un factor de protección y el no asistir un factor de riesgo. Esto lleva a pensar en los adolescentes como un grupo expuesto o en riesgo, y que en esta etapa, el trabajar puede aumentar el riesgo para el surgimiento de otro tipo de comportamientos no saludables, como por ejemplo, el consumo de drogas. Se especifica que los adolescentes que no estudian parecen estar más expuestos a beber alcohol (Mariño, Medina-Mora, Mondragón, Domenech & Díaz, 1999). También que los adolescentes que trabajan tienen mayores posibilidades de consumo de alcohol y drogas en la medida de que tienen el dinero para adquirirlas, sin depender de ningún adulto.

Por el contrario, los adolescentes que van a la escuela y se dedican a estudiar, tienen menor probabilidad de incurrir en alguna conducta de alto riesgo, como consumo de drogas. No obstante, un factor de riesgo que continua siendo importante para los adolescentes en general, es la disponibilidad de las mismas (Wagner, González-Forteza, Aguilera, Ramos-Lira, Medina-Mora & Anthony, 2003). Los datos sugieren menor uso de sustancias entre las mujeres, en parte, asociado a menor oportunidad, aunque el consumo de alcohol, presenta un aumento considerable en los últimos años. La edad es un factor asociado al mayor consumo; adolescentes más grandes tienen mayor oportunidad, en especial, aquellos que

han abandonado la escuela y que trabajan (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Zambrano, Orozco, et al., 2007).

Se advierte que las discrepancias sociodemográficas y económicas contribuyen a que aun exista un rezago en la educación y en las oportunidades laborales de los adolescentes, lo cual contribuye a la agudización de la desigualdad social en la población, que parece perpetuarse a través de las generaciones. Este ambiente de incertidumbre en los jóvenes mexicanos parece contribuir, no solo al incremento del estrés en diversas dimensiones, sino al surgimiento de otro tipo de problemáticas como la violencia y delincuencia.

Algunos estudios informan (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, FLeiz & Medina-Mora, 2005) un incremento del 2.4% y 7.36% del 1997 al 2003, respectivamente, de la conducta antisocial entre adolescentes de educación media y media-superior involucrados en diversos ilícitos, como robos y violencia, en el Distrito Federal. Se nota que las Delegaciones que muestran las tasas más altas en actos antisociales graves, en todas las cohortes, fueron en orden decreciente: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Álvaro Obregón, lo cual no necesariamente está vinculado con variables como marginación. Como se mencionó previamente, los trastornos de control de impulsos y de conductas antisociales, ocupan el segundo lugar de todos los trastornos en los adolescentes mexicanos (Benjet, et al, 2008). Este dato parece no solo reflejar la problemática, sino su relación con el incremento de la delincuencia en el país, si se considera que tres de cada diez jóvenes cometen algún tipo de delito.

Márquez (2009) reporta que el 28% de los presuntos delincuentes en el 2007, tenían entre 16 y 24 años de edad, y que a pesar de que el fenómeno de la delincuencia juvenil va en descenso, continúa siendo un problema de seguridad pública y para el propio joven, por los riesgos que las actividades ilícitas representan, como los robos, en los cuales el 49.70% de los jóvenes están involucrados. Esto sugiere que los robos son el inicio de los pequeños infractores en otro tipo de ilícitos, que puede progresar hacia otros más severos, como el crimen organizado.

Este panorama sugiere que la adolescencia en México no es la misma para todos los adolescentes, y si bien es cierto que varía de un contexto a otro, comparte algunas características y problemáticas, de manera similar a las de otros países. Los estudios realizados desde una perspectiva psicosocial, sugieren que los adolescentes mexicanos parecen encontrarse en ambientes de riesgo que involucran a la familia y a otras variables socioeconómicas y culturales, como la marginación, que aumenta su vulnerabilidad. También

se observa que las familias, como se precisa más adelante, están pasando por un proceso de transformación que puede representar un riesgo que afecta directa o indirectamente a los adolescentes, por lo cual las crisis o adversidad económica parecen ser un elemento importante en el surgimiento de problemas emocionales.

Los datos sugieren que los adolescentes mexicanos representan un grupo de riesgo prioritario de salud, al cual hay que atender, y que a pesar de la extensa investigación que se reporta en México, existen aún interrogantes. Una de las tareas básicas es evaluar factores de riesgo y de protección, que permitan determinar los mecanismos de riesgo-protección que contribuyen a que algunos adolescentes mexicanos mantengan su salud física y emocional, a pesar de su vulnerabilidad y de los ambientes de riesgo proximales y distales en los que viven. De acuerdo con estas premisas, en los siguientes apartados se presenta una revisión general del estado de la resiliencia, de las perspectivas actuales y del enfoque de psicopatología del desarrollo sobre las trayectorias y desenlaces adolescentes.

CAPÍTULO 2

RESILIENCIA

*“Se hizo menester que Rómulo no pudiera vivir en Alba y que estuviera expuesto desde su nacimiento para que llegase a ser rey de Roma ...”
(El Príncipe: Maquiavelo, p. 69)*

Antecedentes y desarrollo

La resiliencia es un fenómeno que ha acaparado la atención de los expertos en desarrollo humano en los últimos años, convirtiéndose quizá en un eje rector de la investigación a lo largo del ciclo vital.

Hablar de resiliencia implica hacer referencia a la capacidad que tienen las personas para presentar patrones de conducta adaptativa a pesar de la adversidad o situaciones de gran presión. Asimismo, se le asocia a un amplio campo de investigación interdisciplinaria, a partir de un enfoque multidimensional interesado en identificar mecanismos de desarrollo que dan lugar a diversas trayectorias que los individuos pueden presentar a lo largo de su vida, que dan como resultado un proceso de adaptación positiva.

La resiliencia también se considera visión emergente de la naturaleza humana, que surge a partir de una concepción nueva y positiva del ser humano, que ha generado un ambiente de controversia, ya que pone en tela de juicio los paradigmas causales sobre el comportamiento, los cuales parecen pasar a segundo plano quedando sustituidos por un paradigma amplio, flexible y dinámico que plantea la participación de múltiples factores en los procesos de adaptación. Podría decirse que el estudio del desarrollo humano desde la “óptica” de la resiliencia, implica una ruptura de modelos lineales y causales predominantes en esquemas anteriores, a partir de cuestionamientos tanto teóricos como metodológicos provenientes de diversas disciplinas como la psicología, la antropología, la sociología, la medicina y la psiquiatría, dentro del campo de la salud.

Munist y Suárez-Ojeda (2004) se refieren a la resiliencia como un ámbito inter, multi y transdisciplinario de las ciencias humanas, que se ha ido ampliando con el propósito de desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud, con el fin de contribuir al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las personas y que surge de la

incapacidad del modelo tradicional de riesgo para dar respuestas a las múltiples preguntas sobre el ser humano.

Durante casi cuatro décadas los investigadores del desarrollo han estado interesados en niños y adolescentes que viven en situaciones de adversidad significativa, tratando de comprender los mecanismos que hacen que algunos de ellos presenten trayectorias hacia la psicopatología y otros hacia la adaptación positiva, aunque en sus inicios el término resiliencia no era un concepto familiar (Cicchetti, 2003; Devenson, 2004; Luthar & Zelazo, 2003).

La palabra resiliencia tiene su origen en la ingeniería en la cual se utiliza para señalar la característica de algunos materiales para soportar un impacto y recobrar la forma original después de ser sometido a grandes presiones, lo cual puede ser aplicado al comportamiento humano (Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik, 2003; Vanistendael & Lecomte, 2004).

La raíz etimológica del término resiliencia proviene de la palabra latina resilio, cuyo significado es volver atrás, volver de un salto, rebotar. Dentro de las ciencias sociales y humanas dicho término se ha retomado para hacer alusión a la capacidad que tienen las personas para enfrentar y superar situaciones traumáticas, estresantes y de riesgo, recuperando su nivel o ritmo de vida, al observarse que no todas las personas sucumben a dichas situaciones (Vanistendael, 2005).

Aunque los estudios sobre resiliencia datan de por lo menos cuatro décadas, Manciaux, et al., (2003) atribuyen a Bowlby el uso del término por primera vez en 1992, para describir a las personas que no se desaniman fácilmente y no se dejan abatir, ya que equiparaba su comportamiento a un “resorte moral” que les permitía recuperarse de situaciones difíciles.

La evolución de la investigación sobre resiliencia ha sido un proceso complejo y dinámico, no lineal, ya que mientras Garmezy y Werner trabajaban en los Estados Unidos (Garmezy, 2002; Luthar, 2006; Masten & Powell, 2003; Werner & Smith, 1992), en Inglaterra Rutter desarrollaba una línea de investigación sobre riesgo, estrés, psicopatología y resiliencia (Rutter, 1985, 1993b; Wolkied & Rutter, 1985).

El concepto resiliencia empezó a investigarse principalmente en Estados Unidos y en Inglaterra a partir de los estudios de Werner, Garmezy y Rutter (Garmezy & Rutter, 1985) para luego extenderse al resto de Europa y más tarde a Latinoamérica (Munist, et al., 2004;

Thies, 2003) para describir los procesos y mecanismos de adaptación así como las características de las personas y comunidades que lograban sobreponerse a condiciones de adversidad.

Así, el origen del estudio de la resiliencia se asocia a nombres como Rutter, Garmezy y Werner, quienes son reconocidos como los pioneros y los más representativos investigadores de la primera generación de estudiosos de la resiliencia (Kotliarenco & Pardo, 2000; Luthar 2003). La investigación de Garmezy en la Universidad de Minnesota con niños y adolescentes con múltiples riesgos (Garmezy, 1991; Garmezy, et al., 1985; Masten, Best & Garmezy, 1991); la de Rutter en Inglaterra (1985, 2007), también con niños y familias en condiciones de adversidad; así como la de Werner (p.e. Werner, et al., 1992; Werner, 1996) con poblaciones vulnerables en Kauai, se considera emblemática dentro del campo de la resiliencia, por sus implicaciones teóricas y metodológicas, marcando el “inicio” de una nueva forma de concebir y estudiar el desarrollo humano.

Los estudios longitudinales en psicopatología y/o pobreza, con hijos de padres con esquizofrenia, desarrollados por Garmezy (Cicchetti, et al., 2006; Garmezy, 1991, 1993a; Masten, et al., 1991), ameritan que se le reconozca como un líder en el estudio sistemático de la vulnerabilidad emocional, ya que permitió abrir el campo de la resiliencia al observar que algunos de los niños presentaban sorpresivamente un desarrollo “normal” de manera contraria a lo esperado, mientras otros presentaban algún tipo de alteración psicológica. Los resultados apuntaban que a pesar de la carga genética y de otras variables familiares desfavorables consideradas como riesgo que predecían desenlaces negativos que derivaran en psicopatología, algunos niños no presentaban alteraciones en su comportamiento o trastornos psiquiátricos, mientras que otros sí la presentaban. Dichos hallazgos que contradecían las predicciones sobre los desenlaces, en términos de desarrollo, plantearon diversas interrogantes que obligaron a un abordaje diferente.

Paralelamente, los estudios longitudinales de Rutter (1985, 1987, 2007), a lo largo de varias décadas plantean la existencia de diferentes formas o rutas de desarrollo del individuo en su transcurso “normal” de la niñez hacia la vida adulta, han tenido una notable influencia sobre el estudio de la resiliencia. En dichos estudios se observaba que algunos niños no sólo mostraban *ausencia de psicopatología*, sino que además eran creativos y competentes (Rutter, 1987). De ahí surge, tal vez, una de las concepciones de la resiliencia más influyentes en el campo, en términos de un proceso que puede variar en grado, con el tiempo y ante diferentes situaciones, dentro del cual el *resultado* es un aspecto sumamente

importante. De esta manera se cuestionaba el concepto de invulnerabilidad, para dar paso a un concepto más amplio como el de vulnerabilidad.

Otro estudio precursor en el campo de la resiliencia, y tal vez de los más ambiciosos e ilustrativos de investigación longitudinal es el de Werner y Smith (Werner, et al., 1992). Participaron 505 individuos a quienes dieron seguimiento durante 30 años, desde su nacimiento hasta la adultez, en la isla Kauai. Se focalizó en niños nacidos en 1955 bajo condiciones de extrema pobreza, e hizo seguimientos a los 2 años, los 10 años, los 18 años, 31 y 32 años. Abarcó la infancia, adolescencia y adultez, amplió su foco a las características familiares y de la comunidad, lo que les permitió percatarse de que a pesar de que la mayoría de los participantes habían crecido en familias pobres, uniparentales, disfuncionales, caracterizadas por la presencia de constantes riñas, alcoholismo y otros trastornos emocionales o psicopatologías, muchos de ellos presentaron conductas de adaptación positiva a situaciones adversas a lo largo de su vida, lo cual iba en contra de las predicciones.

Dichos hallazgos dieron pauta al cuestionamiento de la idea tradicional, de que situaciones de riesgo y estrés “irremediablemente” estaban ligadas a la psicopatología. Implicaba poner atención en los aspectos positivos de las personas, que les permiten desplegar su capacidad de reconstrucción, ampliándose el foco de estudio al identificar las diferencias en la vida de los niños en términos de fortalezas (Cicchetti, 1993; Luthar, 2006; Masten, et al., 1991; Thies, 2003, Walsh, 2004).

Esta nueva forma de abordar los procesos de desarrollo y adaptación llamada resiliencia, es retomada por otros investigadores, tanto en Europa como en Latinoamérica. Entre todos los trabajos se destacan los de Magnusson, en Suecia, circunscritos en el enfoque de *psicopatología del desarrollo*; de Cyrulnick, Manciaux y Vanistendael, en Francia, desde el *psicoanálisis*; y los de Melillo, Munist, Grotberg, Infante, Kotliarenco, y Suárez-Ojeda desde una *perspectiva social*, en España y Latinoamérica (Magnusson, et al., 1993; Amar, Kotliarenco & Abello, 2005; Manciaux, et al., 2003; Munist, et al., 2004). También se encuentran los estudios longitudinales de Fergusson en Australia, a partir de una perspectiva del desarrollo (Boden, Fergusson & Horwood, 2007; Fergusson & Horwood, 2003).

En los últimos años el estudio de la resiliencia abarca diversos dominios, ámbitos y problemáticas, que implican adversidad y estrés, de manera que bajo el rubro de resiliencia se pueden ubicar estudios dirigidos básicamente a tres áreas:

Procesos de adaptación positiva en niños y adolescentes que viven en contextos de

alto riesgo como pobreza, bajo nivel socioeconómico, problemas familiares, enfermedad crónica:

1. Mantenimiento de un comportamiento funcional a pesar de exposición prolongada a eventos estresantes
2. Procesos de recuperación ante eventos traumáticos como pérdidas significativas y secuestros, entre otros.

La proliferación de estudios sobre resiliencia ha dado como resultado investigación que se ha ido estructurando en torno a diversas perspectivas, con las consecuentes implicaciones teóricas y metodológicas, algunas de ellas complementarias. Existe una considerable variación en la conceptualización de la resiliencia, incluso al interior de cada una de las perspectivas, que reflejan la complejidad de su estudio.

Perspectivas contemporáneas

La investigación de la resiliencia se ha realizado casi de manera paralela, a partir de varias perspectivas y a menudo, de la intersección de diversas corrientes teóricas (Luthar, 2006).



Figura 1. Mapa Conceptual de las Perspectivas Contemporáneas del Estudio de la Resiliencia.¹

Parece existir una fuerte tendencia a conceptualizar la resiliencia con base en tres principales perspectivas (Figura 1), *Psicopatología del Desarrollo*, *evolutiva o transaccional*, *Social*, y *Psicoanalítica* (Grotevant, 1998; Melillo & Suárez, 2001; Munist, et al., 2004), sin embargo, se reconoce el trabajo a partir de una perspectiva *Sistémica* (Walsh, 2004).²

Delimitar con precisión las perspectivas no es tarea fácil, ya que algunas de ellas comparten algunos supuestos generales derivados de: a. la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1978) que estudia las funciones y reglas de las estructuras válidas para

¹ Mapa conceptual propuesto en este trabajo

² Algunas perspectivas son reconocidas y denominadas con otras etiquetas, por ejemplo, psicopatología del desarrollo o evolutiva (Walsh, 2004), social o latinoamericana (Munist, et al., 2004), social o ecológica (Walsh, 2004), psicoanalítica o corriente europea (Meillo, et al., 2001).

todos los sistemas, en donde un sistema es un conjunto de elementos en interrelación al interior, como al exterior con otros sistemas, y b. del modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1987), que supone que el desarrollo humano implica una acomodación progresiva entre el individuo y las propiedades cambiantes de su medio ambiente de manera que existe una interacción bidireccional persona-ambiente, definida a partir de las relaciones que se establecen entre los distintos ambientes en los que participa y los contextos más grandes en los que esos ambientes están incluidos, planteando la existencia de cuatro sistemas o niveles de interacciones.

Aunque la perspectiva de psicopatología del desarrollo es considerada la pionera en el estudio de la resiliencia se describe al final por ser el marco referencial de este estudio.

La **perspectiva psicoanalítica** se ha enfocado más en procesos individuales. Para el psicoanálisis contemporáneo, la resiliencia se encuentra tanto en las estructuras psíquicas, como en el apoyo social que el niño y el adolescente tienen, y que pueden recuperar para afrontar la adversidad. La *resiliencia* para este enfoque es el *resultado de algo que se fue construyendo con el tiempo antes de que un evento traumático se presente, que le permite al individuo estar preparado para enfrentar y reparar el daño* (Vanistendael, 2005).

La resiliencia va más allá de la capacidad de recuperación, por lo cual la describen en primer lugar, como la resistencia a la destrucción con la implicación de protección, ante situaciones estresantes, y en segundo lugar, como la capacidad de reconstrucción a partir de circunstancias adversas (Vanistendael, et al., 2004).

Otro autor francés, Cyrulnick (2002) señala que la palabra resiliencia es equiparable a la resistencia al sufrimiento, por tanto, es la capacidad que muestran algunas personas para resistir las lesiones de una herida psicológica, que además estimula un impulso de reparación psicológica.

Manciaux, et al., (2003) enfatizan que la resiliencia puede ser considerada como la resistencia a una situación traumática, estresante, que se manifiesta con comportamiento socialmente aceptable, como producto de un proceso de evolución satisfactorio, por lo cual se tendría que definir qué significa adecuado, aceptable y satisfactorio, ya que eso queda determinado por un contexto socio-cultural.

Remarcan la importancia de las experiencias tempranas del ser humano en el proceso de desarrollo y de la construcción de la resiliencia. Sin embargo, también se reconocen las aportaciones de las teorías del yo (Block, 1996; Erikson, 1986) a las que se

debe el término *ego resiliencia* o *ego resiliente*, para hacer alusión a la combinación de características estructurales de personalidad que se desarrollan a través del tiempo y que permiten al individuo enfrentar situaciones de adversidad, lo cual representa la condensación de otras teorías psicoanalíticas (Hauser & Safyer, 1995).

También se puede identificar una ***perspectiva sistémica*** del estudio de la resiliencia que retoma de manera especial la epistemología sistémica o teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1978), aplicada en el campo de la terapia familiar, ampliando el estudio de la resiliencia individual al insertarla en sistemas más amplios, en particular la familia. Dentro de este enfoque se pueden identificar diversas líneas de trabajo y teorías sobre estrés y adaptación a nivel individual y familiar, entre ellas, la de McCubbin y Patterson (McCubbin & Patterson, 1982, 1983; Patterson, 2002), así como la de Walsh (2004).

Con base en planteamientos previos de McGoldrick y Carter (2003) respecto al cruce de los ejes del ciclo de vida individual con el ciclo vital familiar, para Walsh (2004) la resiliencia se estima como una estructura que se va delimitando con base en las relaciones que se entretienen entre las experiencias del curso del ciclo vital, tanto del individuo como de la familia, que le permiten superar las crisis y transiciones individuales como de todo el sistema familiar.

Walsh (2004) enfatiza el carácter activo de la resistencia, la autocorrección y el crecimiento, como respuesta a las crisis y desafíos de la vida. La resiliencia implica algo más que sobrevivir a una situación traumática. Las personas y familias resilientes muestran varias características importantes, de entre las cuales destaca la capacidad de *afrentamiento positivo, la flexibilidad y la cohesión*. Este modelo entiende a la resiliencia en términos de características, procesos y resultados.

La ***perspectiva social*** de la resiliencia se ha orientado básicamente al estudio de los procesos sociales, culturales, económicos, e incluso políticos (Munist, et al., 2004). Aunque también se ha desarrollado trabajo incluyendo el nivel individual, se ha puesto énfasis en el contexto social de los individuos (Kotliarenco & Aceitón, 2006). Muchos de sus representantes como Grotberg, Kotliarenco, Suárez-Ojeda y Munist (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 2003; Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante & Grotberg, 1998) retoman las definiciones de resiliencia originalmente planteadas por Garmezy y Rutter (Garmezy, 1991; 1993a), así como los planteamientos del enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1987), respecto a la existencia de diversos sistemas que interaccionan de manera dinámica e

influyen en el desarrollo de los individuos y las comunidades, con base en los cuales se han propuesto modelos sobre la resiliencia comunitaria como el de Suárez-Ojeda (Melillo, et al., 2001), de manera que podría reconocérsele como una perspectiva *ecológica-social*.

Munist, et al., (1998) establecen que la resiliencia es una capacidad dinámica que le permite al individuo elaborar de manera positiva circunstancias desfavorables y que puede variar con el tiempo, que resulta del equilibrio entre factores de riesgo, protección y personalidad. También se plantea que es la combinación de factores que permiten a una persona, afrontar, superar problemas y adversidades de la vida, a la vez que “construir” a partir de ellos. Específicamente, se menciona que es la capacidad de hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y ser transformados positivamente por ella (Munist, et al., 2004).

Para Kotliarenco, et al., (2003) es la capacidad que tienen las personas, grupos y /o comunidades para minimizar o sobreponerse a las condiciones difíciles o adversas de la vida, logrando disminuir sus efectos negativos, a partir de lo cual pueden superarse a sí mismos.

Para Grotberg (2004) es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive, ser transformado por ellas. Agrega que es la capacidad de los individuos y de las comunidades, para enfrentar y superar la adversidad. Esta definición sintética, implica la capacidad de recuperación, después de experimentar la situación estresante de tal forma que las personas pueden reintegrarse a sus ritmos de vida habituales. Su forma de conceptualizarla, hace referencia a la resiliencia como una cualidad dinámica cambiante, que surge de la percepción de los recursos para enfrentar las situaciones estresantes y resolverlas, lo que hace alusión al afrontamiento. Esta definición refleja la influencia de definiciones anteriores, principalmente de Rutter (1987).

Con base en este modelo y como parte de sus aportaciones, surge un concepto nuevo denominado *resiliencia comunitaria*, desarrollado básicamente por Suárez-Ojeda (Melillo, et al., 2001) a partir de sus estudios sobre desastres o catástrofes que sufre una comunidad, que producen dolor, pérdidas de vidas y recursos, pero que a la vez generan un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. Como consecuencia se ha propuesto la existencia de otros mecanismos o elementos que participan en la resiliencia comunitaria como *autoestima colectiva*, *identidad cultural*, *humor social*, *honestidad estatal*, resultado de los vínculos sociales a partir de los

que se establecen redes sociales de apoyo sólidas que pueden proteger a todo un grupo o comunidad (Melillo, et al., 2001).

La **perspectiva de psicopatología del desarrollo** representa una perspectiva líder en el estudio de la resiliencia, en particular en niños y adolescentes, que incluye enfoques y teorías particulares, por lo que, dependiendo del énfasis, ha sido identificada con el nombre de transaccional (Sameroff, 1995); ecológica-mediacional (Barrera & Prelow; 2000; Felner, 2000); organizacional (Cicchetti, 2003; Cicchetti, et al., 1995); heurístico (Grotevant, 1998); de competencia (Garmezy, 2002); interactiva (Magnusson, et al., 1993); de riesgo (Rutter, 2007); integrativa (Luthar, 2003; Seidman & Pedersen, 2003); e incluso evolutiva (Walsh, 2004) por su interés en el desarrollo de las personas a lo largo de su ciclo vital en diferentes niveles y contextos.

Algunos de sus principales representantes como Cicchetti, Garmezy, Haggerty, Luthar, Masten, Rolf, Rutter, Sameroff y Sroufe, se refieren a esta perspectiva como *ciencia interdisciplinaria de psicopatología del desarrollo*, en tanto se trata de una aproximación integrativa y disciplina emergente, aplicada a la psicología del desarrollo, de reciente surgimiento, a partir, básicamente, de la integración de la investigación en el campo del desarrollo humano y de la clínica, y de varias disciplinas como las neurociencias, la etología y la psiquiatría principalmente, que se dirige al estudio del riesgo, la vulnerabilidad, la adaptación y la resiliencia de los individuos por medio de la integración de múltiples niveles de análisis (Cicchetti, 1993; Cicchetti, et al., 1995; Garmezy, 1993b; Haggerty & Sherrod, 2000; Luthar, 2006; Rutter, 1985, 1993b; Wyman, 2003).

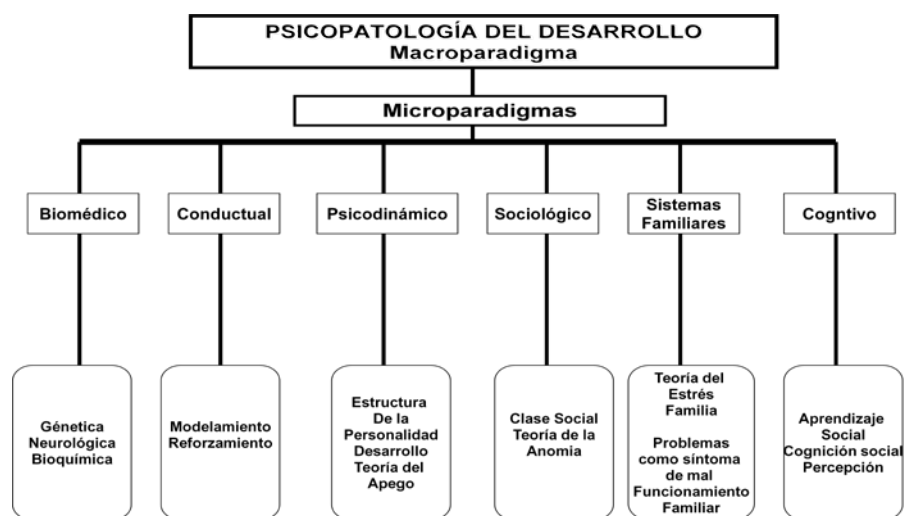


Figura 2. Representación de la Psicopatología del Desarrollo (Achenbach, 1999, p. 32).

Magnusson, et al., (1993) la denominan *integración del desarrollo o integracionista*. La consideran como una reciente disciplina del desarrollo humano que aglutina diversos enfoques particulares. Achenbach (1999) describe a la *psicopatología del desarrollo* como un *macroparadigma emergente* que relaciona diferentes niveles conceptuales (Figura 2) que estudia un conjunto amplio de variables biológicas, psicodinámicas, comportamentales, familiares y sociales, que intervienen de manera conjunta en las trayectorias del desarrollo.

Cicchetti (2003) y Luthar (2006) enfatizan que el objetivo de la *psicopatología del desarrollo* es la investigación del funcionamiento de niños y adolescentes, a través de la evaluación de la influencia de procesos bioquímicos, genéticos, biológicos, fisiológicos, cognitivos, sociales, representacionales, socioemocionales, medioambientales, culturales y sociales sobre la conducta, con el propósito de planear y desarrollar programas de evaluación e intervención con profesionales entrenados, lo cual se sintetiza en la Figura 3 (Achenbach, 1999 p. 35).

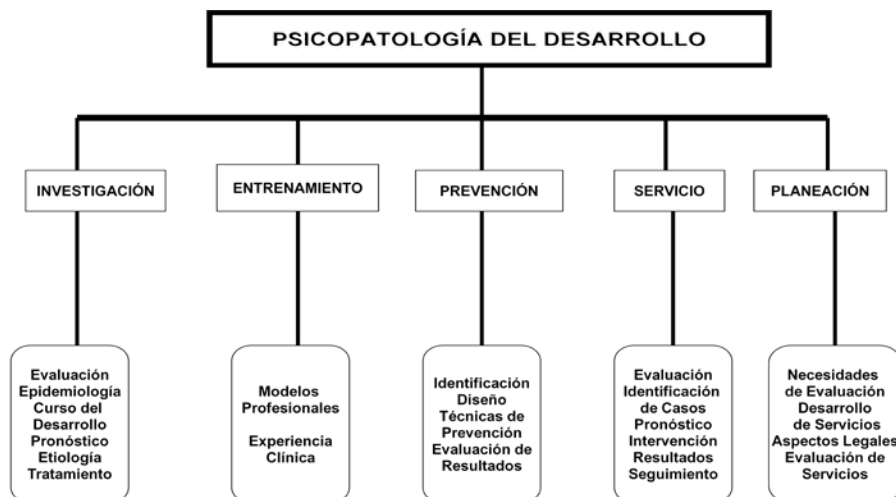


Figura 3. Ámbitos del enfoque Psicopatología del Desarrollo (Achenbach, 1999, p. 35)

Estas formulaciones reflejan la influencia de las premisas del modelo ecológico respecto a la interacción dinámica entre varios contextos y factores (proximal, como la familia, y distal, como el entorno social y cultural), en la *perspectiva de psicopatología del desarrollo*, lo que al parecer originó la expansión de la investigación más allá del laboratorio, a múltiples escenarios, como centros penitenciarios, clínicas de día, escuelas, centros de salud mental, juzgados, así como diferentes situaciones, como guerras y pobreza, a partir de modelos ecológico-mediacionales, transaccionales, dentro de la psicopatología del desarrollo.

También se identifican principios básicos de la epistemología sistémica (Bertalanffy, 1978) al proponer el estudio integral del individuo como un sistema de funcionamiento biológico, psicológico y social, dentro de un *modelo general sistémico* de regulación del desarrollo en el que interactúan otros sistemas más amplios, como la familia (Luthar, 2006; Sameroff, 1995; Yates, Egeland & Sroufe, 2003).

Más recientemente Cicchetti y Valentino (2006) se refieren a la *psicopatología del desarrollo* como una *perspectiva organizacional del desarrollo, y ecológica-transaccional*. Su objetivo es identificar la interacción de sistemas relevantes que impactan la capacidad de organización de las experiencias y recursos de los individuos, para un desarrollo competente.

El campo de la resiliencia implica el estudio de las trayectorias del desarrollo ante situaciones de adversidad significativa. Ponen énfasis, tanto en los *procesos* como en los *resultados*, teniendo como meta común la identificación de correlatos de ajuste en niños y adolescentes en situaciones de riesgo, y la comprensión de la relación entre factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, con el fin de desarrollar toda una ciencia de la prevención (Luthar, 2003).

Dentro de este paradigma existen varias definiciones de resiliencia pero todas ellas coinciden en que es un *constructo multidimensional* que refiere a dos dimensiones básicas:

1. adaptación positiva y 2. presencia de estrés, riesgo y/o adversidad (Garmezy, 2000; Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 1993a; Werner, et al., 1992) por lo que tiene que ser estudiado, tanto en términos de la presencia de desenlaces positivos, como de la ausencia de resultados negativos (Cicchetti, 1993; Luthar, 2006).

Específicamente, Werner, et al., (1992) definen a la resiliencia y factores protectores, como las contrapartes positivas de la vulnerabilidad, que denota la susceptibilidad del individuo a presentar desenlaces de desarrollo negativos.

Rutter (1993a p. 64) menciona: "...es un fenómeno que se manifiesta en sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés, que en la población general se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables...".

La resiliencia es un proceso en el cual participan una serie de variables intrapsíquicas y sociales que posibilitan al individuo a tener un desarrollo normal ante situaciones de riesgo o no normativas (Rutter (1993a). También es definida como resistencia al estrés, manifestada a través de una trayectoria de adaptación exitosa a pesar de las predicciones

negativas, ya que ha sido expuesto a factores de riesgo biológicos, o a *eventos de vida estresantes*, lo que implica una expectativa de vulnerabilidad a futuros estresores (Rutter, 2000), aunque advierte que se puede ser resiliente en algunos dominios y no en otros (Rutter, 2007). Todos estos planteamientos reflejan la influencia de las premisas sistémicas y ecológicas.

Garnezy (1993a) enfatiza que la resiliencia es la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de las situaciones adversas y aclara que es importante diferenciar entre resiliencia y competencia, ya que no puede decirse que la resiliencia es lo mismo que la competencia. La competencia implica una serie de conductas adaptativas en diferentes dominios ante diferentes circunstancias, no necesariamente adversas, mientras que la resiliencia es un concepto más amplio que implica el ser competente a pesar de estresores en la vida. Para él, lo más importante es la *significancia crítica* de la acumulación de los estresores, y añade que no se puede hablar de resiliencia si no hay de por medio una situación estresante o de riesgo significativa.

Masten, et al., (1991) se refieren a la resiliencia como la capacidad de afrontar positivamente las adversidades, construir a partir de ellas, y así poder superarlas, textualmente dicen: "*proceso de, capacidad para, o desenlace de adaptación positiva a pesar de retos y circunstancias amenazantes...*" (p. 426). En este mismo sentido, Masten, et al., (2003, p. 4) la definen como *un patrón de adaptación positiva en un contexto de riesgo o adversidad significativa...*. *La resiliencia es una inferencia acerca de una persona que requiere dos elementos básicos: 1) que la persona se adapte "bien", y que: 2) que esté o haya estado en una situación de riesgo importante (Masten, et al., 1998).*

Luthar (2006) es quien subraya que la resiliencia tiene dos componentes centrales que la diferencian de otros procesos: *1. adaptación positiva y 2. adversidad*. El primero de ellos alude al mejor nivel de adaptación que se presenta en relación al esperado. Por otra parte, el concepto de adversidad se refiere a las situaciones de riesgo que aumentan la probabilidad de que se presente una alteración en la trayectoria del desarrollo. Por tanto, define a la *resiliencia en términos de adaptación positiva a pesar de la adversidad*. En el caso de niños y adolescentes *implica la ausencia de desórdenes psicológicos durante su desarrollo*, aún cuando las circunstancias predicen un mal ajuste.

Similitudes y diferencias entre las perspectivas

Prácticamente todas las perspectivas reconocen una interacción dinámica entre diversos factores que se ubican a nivel individual, familiar y social, lo que refleja la influencia de la epistemología de sistemas (Bertalanffy, 1978), así como de las premisas del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987); incluso la perspectiva psicoanalítica reconoce la participación de los procesos sociales en la construcción de la resiliencia. Su revisión hace pensar más en similitudes que en diferencias entre las perspectivas, con base en cuatro categorías de análisis: 1. *Premisas teóricas*; 2. *Definiciones y conceptos clave*, 3. *Unidad y niveles de análisis*, y 4. *Método*, como se ilustra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Perspectivas sobre resiliencia: Diferencias principales por categorías de análisis

PERSPECTIVAS	PREMISAS BÁSICAS	DEFINICIONES y CONCEPTOS CLAVE	UNIDAD y NIVEL DE ANÁLISIS	METODOLOGIA
PSICOANALÍTICA	Construcción Procesos Intrapsíquicos a lo largo de la vida	Adaptación Adversidad/Riesgo Elasticidad Reconstrucción	Individual Proceso	Bifactorial Cualitativa Longitudinal
SISTÉMICA	Teoría General de Sistemas Terapia Familiar Interacciones al interior de la familia Resiliencia Familiar	Adaptación Adversidad/Riesgo Recuperación Superación	Familiar Entrada Proceso Resultado	Bifactorial Cualitativa Mixta
SOCIAL	Teoría Ecológica del Desarrollo Humano Interacción del individuo en grupos más amplios	Adaptación Adversidad/Riesgo Resiliencia Comunitaria	Grupal Comunitario Entradas	Bifactorial Mixta Transversal
PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO	Teoría Ecológica del Desarrollo Humano Teoría General de Sistemas Interacción de diversos sistemas Individual-Social	Riesgo-Protección Vulnerabilidad Adaptación Positiva-Negativa Psicopatología-Resiliencia Competencias	Individuo-Familia-Comunidad Procesos Desenlaces Adolescentes	Multifactorial /Multinivel Cuantitativa Cualitativa Mixta Longitudinal Transversal

Todas las premisas plantean como conceptos centrales en el estudio de la resiliencia, al riesgo, la vulnerabilidad y la protección, aunque el concepto de vulnerabilidad es cuestionado por Vanistendael (2005), por considerársele de naturaleza probabilística e

incierto. Como componentes básicos de la resiliencia señalan, la adaptación positiva a situaciones de riesgo, adversidad y estrés (Luthar, 2006; Munist, et al., 1998; Vanistendael & Lecomte, 2002; Walsh, 2004). En todas las perspectivas se proponen diferentes definiciones de resiliencia que pueden variar en términos de que se le considere como una entrada, un proceso o un resultado.

Respecto a las **premisas teóricas**, la postura *psicoanalítica* parte del supuesto de la existencia de una estructura psíquica en la que se va construyendo la resiliencia. Plantea que la resiliencia es un proceso que se va desarrollando con el tiempo para lo cual las primeras *experiencias del individuo*, en el *allá y el entonces*, son fundamentales. Pone en primer plano los procesos intrapsíquicos del individuo, y propone fortalecer los vínculos tempranos de los niños con la madre o con alguna persona significativa para la promoción de la resiliencia (Vanistendael, et al., 2004). Por su parte, la perspectiva *sistémica* plantea que son las *interacciones al interior de la familia* en el *aquí y el ahora* las que posibilitan la capacidad de adaptación positiva subrayando la importancia de trabajar con los procesos familiares. Mientras el enfoque *social* señala que la resiliencia se construye a través de la *interacción* entre los individuos en *grupos* más amplios, de forma que las *redes sociales* son un apoyo para el desarrollo de la resiliencia y prioriza los procesos sociales de tipo grupal y comunitario sobre los individuales. La perspectiva de *psicopatología del desarrollo* o integracionista, parte del supuesto de que la *interacción y combinación* de varios factores a *nivel personal, familiar y social*, es lo que influye en las trayectorias de desarrollo del adolescente (Rutter, 2002; Sameroff, et al., 2002).

Con relación a la **unidad y los niveles de análisis**, se observa que la perspectiva *psicoanalítica* se centra esencialmente en el *individuo*, mientras que para la perspectiva *sistémica* el foco es la *familia*, específicamente los procesos de recuperación ante la adversidad; en tanto que la perspectiva *social* dirige su atención a los *grupos* y a la *comunidad*, poniendo énfasis en los procesos psicosociales. Por su parte la perspectiva de *psicopatología del desarrollo* al orientarse al estudio de los individuos, especialmente niños y adolescentes, incorpora investigaciones *multifactoriales y multinivel*, que van desde el estudio de variables orgánicas hasta sociales, “de las neuronas a los vecindarios” (Masten & Gewirtz, 2006, p. 2); abarca *variables personales*, tanto a nivel biológico como psicosocial, por ejemplo, el impacto del estrés psicosocial en el funcionamiento del hipocampo y la subsecuente sensibilidad al estrés (Cicchetti, 2003) con respuestas psicofisiológicas que comprometen la salud de adolescente (Connor-Smith & Compas, 2004;

Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thommsen & Saltzman, 2000), o la predisposición genética para el desarrollo de algunos problemas psicológicos (Garmezy, 1991, Rutter, 2003; Masten, et al., 2006); *variables familiares* (Wagner, 1998; Werner, et al., 1992) así como *variables de tipo social o económico*, que involucran a una comunidad, como por ejemplo, riesgo psicosocial (Jaffee, Caspi, Moffit, Polo-Tomás & Taylor, 2007; Meyers & Millers, 2004; Meyers, Varkey & Aguirre, 2002).

Cabe señalar que aunque las perspectivas, psicoanalítica, familiar y social, priorizan el trabajo con individuos, familias o grupos, respectivamente; así como ciertos niveles de análisis, no implica que la investigación sólo se limite a dichas unidades y niveles, ya que en torno a ellas se agrupan diversas posturas teóricas y metodológicas particulares sobre el abordaje de la resiliencia.

En función del **método**, se puede apreciar que tanto la perspectiva psicoanalítica, como la *sistémica* utilizan principalmente técnicas cualitativas (Walsh, 2004), aunque en la sistémica hay investigadores (McCubbin, et al., 1982, 1983; Olson, 1991, 2000; Patterson, 2002) que también realizan investigación cuantitativa. Tanto la perspectiva social como la de psicopatología del desarrollo utilizan métodos cualitativos y cuantitativos así como métodos mixtos, aunque la segunda aglutina primordialmente investigación cuantitativa con la integración de estudios transversales y longitudinales (Luthar, 2003). No obstante una diferencia sustancial entre la perspectiva social y la psicopatología del desarrollo, es que ésta última reporta más estudios longitudinales, como los de Fergusson sobre la relación entre abuso sexual, depresión, ansiedad, e ideación e intento suicida (Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003), o los de Sameroff (Sameroff, Morrison & Peck, 2003) sobre múltiples factores de riesgo.

Alcances y limitaciones de las perspectivas

Ciertamente todos los enfoques han aportado datos sobre el estudio de la resiliencia a lo largo del ciclo vital del individuo. El *enfoque psicoanalítico* ha hecho contribuciones importantes sobre los procesos de desarrollo psíquico de los individuos. Se reconocen las aportaciones de las teorías clásicas psicoanalíticas en el inicio del estudio de las trayectorias adolescentes por parte de la perspectiva del desarrollo (Fonagy, et al., 1995, Freud, 1971). Sin embargo, al priorizar los aspectos intrapsíquicos personales sobre los familiares y sociales, puede dejar de lado algunos otros aspectos importantes que contribuyen a la resiliencia.

El trabajo desde la *perspectiva sistémica* ha sido importante para entender la resiliencia individual a partir de un enfoque familiar del estudio de procesos como el estrés y el afrontamiento, generando propuestas teóricas, como el Modelo de Resiliencia del Estrés, Ajuste y Adaptación Familiar de McCubbin (Hernández, 1996; McCubbin, et al., 1982, 1983; Walsh, 2004). Sin embargo, se pueden minimizar algunos aspectos personales del adolescente por centrarse en el “todo” representado por la familia.

El *enfoque social* (p.e. Kotliarenco, et al., 2000; Melillo, et al., 2001) al hacer mayor énfasis en el estudio de las variables contextuales ha permitido entender fenómenos como la resiliencia grupal y comunitaria ante situaciones de adversidad que involucran a un gran número de individuos, pero al mismo tiempo parece dejar un hueco importante en la explicación de la interacción de factores personales de índole psicobiológica y psicológica en el desarrollo de la resiliencia individual

La perspectiva de la *psicopatología del desarrollo*, como se mencionó, implica una aproximación, dinámica, multinivel, interdisciplinaria y transdisciplinaria del desarrollo que rompe con el enfoque tradicional de enfermedad para entender el curso, tanto de trayectorias, como de desenlaces positivos y negativos, hacia la adaptación normal, ante situaciones de adversidad en la niñez y adolescencia a través de la determinación de la relación multinivel de la vulnerabilidad, el riesgo y la protección (Luthar, 2006; Rutter, 1987).

De acuerdo con Walsh (2004), la perspectiva evolutiva ha jugado un papel central en la comprensión tanto de la resiliencia personal como familiar, por lo que se considera un marco referencial con mayor nivel de integración, líder en la investigación, y en la construcción de propuestas teóricas al respecto. Representa un campo de investigación multi e interdisciplinaria en torno al cual se organiza una amplia red de investigadores que han desarrollado líneas enfocadas al estudio de múltiples problemáticas en diversas poblaciones vulnerables, en riesgo significativo, como pobreza, marginación, conflicto familiar, violencia intrafamiliar, familias con discapacidad y trastornos psicológicos, divorcios, situaciones traumáticas, entre otras (Barrera, et al., 2000; Cicchetti, 1993; Cicchetti, et al., 2006; Felner, 2000; Rutter, 1993b; Sameroff, et al., 2003; Wyman, 2003).

Ejemplo de ello son el Proyecto de Competencia de Garnezy y Masten, y el de Sroufe, ambos de la Universidad de Minnesota (Masten, et al., 2003; Luthar, 2006); el Proyecto Longitudinal Rochester en la Universidad de Michigan de Sameroff, y el trabajo de Cicchetti en New York (Cicchetti, et al., 1995, 2006; Sameroff, 1998; Sameroff, et al., 2003); el de Luthar en la Universidad de Columbia (Cicchetti, 2003; Masten, et al., 2006); la

investigación longitudinal de Werner en Hawaii (1992,1996); y los trabajos pioneros de Rutter en el King's College, en Londres (1985), que en conjunto han contribuido de manera importante a la construcción de diversos enfoques y teorías sobre desarrollo infantil y adolescencia y resiliencia.

La investigación desde la psicopatología del desarrollo ha incorporado premisas sistémicas y ecológicas para el estudio de relaciones complejas entre riesgo, estrés y resiliencia. Por tanto, los estudios versan sobre experiencias estresantes, diferentes tipos de eventos, sobre la naturaleza de los mismos, sobre los recursos tanto internos como externos para el manejo del estrés, como sobre su relación con la psicopatología y la resiliencia en contextos educativos, clínicos, comunitarios y en general de adversidad (Compas, et al., 1995; Sameroff, et al., 2003; Seidman, et al., 2003; Wolkied, et al., 1985).

Todas las perspectivas ofrecen puntos de vista valiosos para el estudio de la resiliencia, pero la psicopatología del desarrollo es la que muestra mayor evidencia empírica a través de una amplia literatura, a partir de una visión integral del adolescente, sobre las variables de interés para el presente proyecto, por lo que se utilizó como marco de referencia.

Se observa que aún existe controversia en lo que implica el término resiliencia y su estudio, incluso al interior de las perspectivas. Algunas de ellas aluden más hacia aspectos o rasgos de los adolescentes, mientras otras hacen referencia a los resultados y otras hacen énfasis en el proceso que puede tener marcadores de inicio y de salida.

Lo que parece común a todas las definiciones es que la *resiliencia* implica la existencia de un riesgo significativo y/o la experimentación de situaciones estresantes. Si no se presenta por lo menos una de estas condiciones no se puede hablar de resiliencia. Por ello es importante tener presente que resiliencia no es lo mismo que competencia, aunque algunas de sus líneas de investigación se dirijan al estudio de la competencia y su relación con la psicopatología, justo para diferenciar su papel en los desenlaces adolescentes.

Ciertamente la mayoría de las perspectivas conciben a la resiliencia como un constructo multidimensional que trata de explicar un proceso multifactorial, que puede ser entendido a partir de las interacciones entre el adolescente y su entorno, generalmente constituido por factores medioambientales incluidos los familiares, sociales, económicos, culturales y políticos, que pueden ir cambiando a lo largo de su ciclo vital.

En conclusión, puede plantearse que la resiliencia cobra significado a la luz de un contexto y es el resultado de un balance entre factores de riesgo y protección, tanto intrínsecos como extrínsecos, que le permiten a un adolescente mantener un funcionamiento adecuado en relación a una norma, conforme a su edad y tiempo determinados, por lo que no tiene un carácter absoluto o permanente como tampoco global.

Conceptos clave y modelos en resiliencia

La resiliencia es un constructo que ha sido difícil de definir, diferenciar y estudiar, incluso al interior de la misma perspectiva *psicopatología del desarrollo*. Entre otras razones porque el mismo concepto de *adaptación* genera controversia, aunque puede ser considerado como una premisa fundamental que permite entender las trayectorias de desarrollo positivo, así como el desarrollo negativo en términos de psicopatología (Masten & Gerwitz, 2006).

Adaptación

La *adaptación* es un concepto esencial para la psicopatología del desarrollo que implica un constructo o aproximación más comprehensiva e integradora, que permite entender el comportamiento en el contexto y curso del desarrollo. Asimismo porque la resiliencia gira en torno a dicho concepto.

Desde la perspectiva de desarrollo, la *adaptación* ha ido cambiando su significado en función de su transformación de un concepto estático a uno más dinámico, y describir en pocas líneas dichas transformaciones a partir de las concepciones psicoanalíticas resulta un poco limitado.

Básicamente se entiende por *adaptación* la capacidad de balancear y coordinar los recursos internos y externos que implican un equilibrio personal en función de las demandas del medio ambiente y que reflejan: a. la capacidad de funcionamiento dentro de una norma; b. la ausencia de problemas emocionales y de conducta significativos, o psicopatología, y c. el desarrollo de ciertas competencias (Masten, Burt & Coastworth, 2006; Luthar, 2006).

Esto ha impulsado la búsqueda de mayor evidencia que ayude a comprender los mecanismos que implican la adaptación positiva en condiciones adversas. No obstante, no ha quedado lo suficientemente claro que la resiliencia tiene un carácter multidimensional, en el que intervienen muchos factores que se van manifestando de manera diferente en cada sujeto, de distinta forma, bajo diversas circunstancias, aún tratándose del mismo sujeto (Luthar & Burack, 2000).

El estudio de la resiliencia en adolescentes a partir de la psicopatología del desarrollo se ha estructurado en torno a tres conceptos básicos además de la adaptación: riesgo significativo, vulnerabilidad y protección, sin embargo, aun se encuentran algunas limitaciones para su estudio debido al carácter dinámico y multidimensional de la resiliencia (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Riesgo

Aunque se considera que la resiliencia surge de los modelos de riesgo. Algunos autores (Munist, et al., 1998) plantean la conveniencia de distinguir el enfoque de riesgo del enfoque de la resiliencia ya que ambos enfoques se complementan para estudiar las diferentes formas o rutas de adaptación que encuentran los individuos a lo largo de su desarrollo ya que como se ha señalado la resiliencia implica una situación de riesgo y/o vulnerabilidad (Garmezy, 1993a; Masten, et al., 2003; Luthar, 2006; Rutter, 1987).

El enfoque tradicional de riesgo se centra en la enfermedad y el síntoma, y se circunscribe en un modelo médico biologicista. No obstante, la evolución del concepto de riesgo al ser transferido a las ciencias sociales, implica una visión más flexible que amplía su foco de estudio, por lo cual incluye el análisis de diversas variables de índole psicosocial y ambiental. También se observa que el concepto de riesgo se ha asociado a modelos explicativos de orden causal, mientras otros son más de tipo correlacional, lo que parece ser más conveniente dentro de la perspectiva de la resiliencia dado su carácter multifactorial.

En la literatura se observa una tendencia a definir el riesgo en términos estadísticos, lo que implica un aumento en la probabilidad de ocurrencia de una alteración en dominios “críticos”, como pueden ser el vivir en comunidades violentas, la pobreza, violencia intrafamiliar o enfermedad en alguno de los padres (Garmezy, 1991, 1993b, 2002; Luthar; 2006; Rutter 1993a, 1993b, 2002; Werner, et al., 1992).

Se hace uso del término riesgo para hacer referencia a un conjunto de variables personales y/o del medio ambiente, como el entorno familiar, o de la comunidad, que preceden a un comportamiento desadaptativo o a resultados negativos en el desarrollo (Dekovick, 1999; Irwin, 1990; Rutter, 2003; Wagner, 1998).

Esta nueva visión de riesgo que amplía la visión biomédica, derivada de la epidemiología social, ha resultado de mayor utilidad en el estudio del desarrollo en la medida de que se reconoce que éste, es el resultado de una compleja red de factores y

circunstancias psico-sociales, que tienen diversas funciones en términos de daño o de protección (Munist, et al., 1998).

Cuando dichas circunstancias representan un riesgo para un grupo o toda una comunidad, pueden ser consideradas como situaciones de *riesgo psicosocial*. Los modos de vida, de trabajo, de la vida cotidiana, las relaciones interpersonales de orden político y cultural de una comunidad, pueden ser consideradas de riesgo cuando están caracterizadas por la inequidad, con consecuencias como *pobreza*, exposición a *estresores de tipo económico*, social y familiar (Brewer, 2003; Garmezy, 1993b).

El concepto de factores proximales y distales (Bronfenbrenner, 1987), se retoma en gran parte de los estudios de resiliencia dentro de la psicopatología del desarrollo, dada la aceptación de la resiliencia como un fenómeno multidimensional.

Los factores proximales tienen que ver con las características de las personas y con su estructura familiar, y los distales suelen implicar variables socioeconómicas y culturales. Una variable *socioeconómica como la pobreza* es un factor distal, que en el caso del presente proyecto representa una situación de riesgo para los adolescentes, lo cual visto de otra manera implicaría el contexto en el cual se desarrollan los jóvenes que aumenta la probabilidad de la presencia de eventos estresantes y con ello la vulnerabilidad a sufrir trastornos en su desarrollo.

Por otra parte, se plantea que las variables personales y familiares pueden ser factores mediadores que intervienen, ya sea aumentando la vulnerabilidad hacia la desadaptación o adaptación negativa, sobre la base de una situación de riesgo como puede ser la pobreza, o por el contrario pueden funcionar como protectores amortiguando los efectos negativos de dicha condición de riesgo, dando como resultado un desenlace positivo en términos de adaptación positiva o resiliencia. Es por ello que ha sido una de las variables implicadas en el estudio de la resiliencia en varias investigaciones (p.e. Garmezy, 1991, 1993b; Masten, Garmezy, et al., 1998; Plunkett, Henry & Knaub, 1999; Seidman, et al., 2003).

Sin embargo, se asume que las condiciones de *riesgo y la vulnerabilidad* son dos elementos relacionados y que cada etapa del ciclo vital tendrá sus propios riesgos, como es el caso de la adolescencia (Jessor, Turbin & Costa, 1998). Algunos factores pueden ser modificados por otra serie de factores o condiciones como entrenamiento en habilidades, apoyo social, y en general, por la protección que el medio ambiente puede proveer.

Rutter (1987, 2002) menciona que la vulnerabilidad puede ser modificada a través de un reacomodo de las condiciones de riesgo, sustituyéndolas por condiciones de protección medioambientales, así como de los recursos personales, a partir de lo cual se puede promover la resiliencia en los adolescentes.

Se reconoce la existencia de múltiples factores de riesgo, así como diversas formas en que el riesgo puede afectar el desarrollo de niños y adolescentes (Wagner, 1998).

1. Una forma es el *efecto aditivo* de las variables de riesgo. Esto se refiere a que una variable por sí misma es probable que no se constituya en riesgo, sino que cada factor de riesgo, al sumarse con otro, aumenta los efectos negativos sobre las trayectorias del desarrollo.
2. Otra forma en que opera el riesgo, es a través del *encadenamiento de los efectos*, en el cual una variable parece encabezar la ocurrencia secuencial de otras variables cuyo resultado es un trastorno.
3. Una tercera forma de expresión del riesgo es a través de la *interacción de diversas variables* donde alguna(s) puede(n) potenciar los efectos de otra, sobre un trastorno psicológico o de salud física.

En suma puede decirse que un factor de riesgo es cualquier circunstancia o situación negativa que está asociada a desenlaces negativos o problemas de adaptación positiva, manifestados a través de problemas emocionales o de conducta, que se constituye en un obstáculo para el desarrollo de la resiliencia.

Vulnerabilidad y protección

Otros dos conceptos que se articulan con los procesos resilientes son la vulnerabilidad y la protección (Luthar, et al., 2000; Wyman, 2003).

Rolf y Johnson (1999) señalan que existen una serie de constructos relacionados con la “invulnerabilidad” tales como resiliencia, fortaleza, adaptación, ajuste, maestría, plasticidad, ajuste persona-ambiente, y amortiguación social, que describen mejor los patrones de comportamientos de los niños que más que invulnerables o niños de “oro, como se les denominaba en los inicios de la investigación en resiliencia, son niños menos vulnerables.

La vulnerabilidad y la resiliencia corren a lo largo de un continuo que refleja el nivel de susceptibilidad a presentar diferentes trayectorias del desarrollo en función de una condición

adversa o la exposición a circunstancias de alto riesgo (Luthar, 2006).

La *vulnerabilidad* implica aquellos factores personales o medioambientales que aumentan los efectos negativos de una condición de riesgo (Luthar, 2006). La noción de *vulnerabilidad* ha sido un concepto más útil que muchos estudios han retomado para explicar la resiliencia o resistencia al estrés, ya que ésta no significa necesariamente ser invulnerable (Garmezy, 2000; Masten, et al., 2003; Werner, et al., 1992).

En este sentido, es importante no confundir el término invulnerabilidad con el de resiliencia, ya que ésta no presupone que las personas sean refractarias a la adversidad, por el contrario, son aquellas que son capaces de aprender y sobreponerse a ella y adaptarse a la situación a través del uso positivo de sus recursos personales así como los de su entorno.

La vulnerabilidad al igual que la resiliencia, tiene sentido cuando se asocia a una situación de riesgo (Luthar & Burack, 2000). Por ello la vulnerabilidad puede ser entendida como la reducción de la flexibilidad o potencial de adaptación, cuando existe un riesgo significativo.

En la actualidad los investigadores ponen énfasis tanto al estudio de los desenlaces negativos del desarrollo, como a los procesos de adaptación “exitosa” de los niños y adolescentes a pesar de la adversidad.

Luthar (2006), Garmezy (2002) y Masten, et al., (2003) coinciden en que uno de los objetivos centrales de la investigación en resiliencia para el enfoque de psicopatología del desarrollo es identificar los factores de vulnerabilidad, así como los factores de protección que pueden modificar los efectos negativos de situaciones de vida adversas o estresantes que experimentan los niños y adolescentes de tal manera que se puedan conocer los mecanismos a través de los cuales se relacionan.

Factores de protección y riesgo

Los factores que a pesar del riesgo logran atenuar las repercusiones del estrés en el individuo salvaguardando su bienestar físico y psicológico se denominan protectores cuando tienen una función moderadora en el proceso de adaptación. Se constituyen en condiciones del entorno que parecen apoyar el desarrollo de los individuos y reducir los efectos de los factores de riesgo. Benard (2004) señala que mientras los factores de riesgo pueden predecir del 20% al 49% de problemas en el desarrollo, los factores protectores aumentan su capacidad de predicción del 40% al 70%, con respecto a la trayectoria de los adolescentes.

Cuando el adolescente cuenta con recursos, tanto internos como externos, que pueden amortiguar el riesgo, es menos probable que presente problemas en su desarrollo. Esto se ha podido constatar a través de estudios longitudinales (p.e Wyman, 2003) que muestran que las variables asumen su carácter de protección en función de la interacción de condiciones individuales y de su entorno, a lo largo del tiempo; así como en investigación transversal que incorpora diversas variables al mismo tiempo, con el uso de análisis multivariados como análisis de regresión, análisis de clusters, análisis discriminante y análisis de senderos (p.e. Tusaie, Puskar & Sereika, 2007; Luthar, 1991).

Se señala que los factores protectores tienen un efecto amortiguador ya que parecen modificar las condiciones de riesgo. Dichos factores o mecanismos atenúan la reacción de la persona ante una situación que comúnmente generaría desenlaces de desadaptación.

Para Werner, et al., (1992), el efecto protector de ciertos factores solo es evidente en combinación con una variable de riesgo, por lo que no tiene efecto en poblaciones de bajo riesgo. Es decir, no se puede hablar de protección, así como tampoco de resiliencia si no existe una situación de riesgo significativa (Garmezy, 1993b; Luthar, 2006; Masten, et al., 2006; Rutter, 1993a, 1993b).

Luthar (2006) y Rutter (2002) señalan que vulnerabilidad y protección pueden entenderse como mecanismos extremos que operan o se hacen evidentes ante una situación de riesgo. Por lo que algunas variables tienen una función catalítica reduciendo el impacto de una variable de riesgo, o por el contrario, de una cadena negativa de reacciones asociadas con una situación de riesgo, lo que Rutter (2000) ha denominado *cascada de factores de riesgo*.

Para Garmezy (1991), los factores protectores pueden estar definidos a partir de atributos *personales y medioambientales*, situaciones y eventos como la inteligencia, el afrontamiento, la flexibilidad y el apoyo de los padres, que parecen moderar las predicciones de psicopatología, sobre la base de una situación de riesgo.

De acuerdo con Gore y Eckenrode (2000) los factores protectores suelen dividirse en dos grupos: 1. los factores personales que generalmente incluyen un componente biológico como el temperamento y/o el estatus físico de salud, otros que tienen que ver con la interacción social, como el autoconcepto, la autoestima, el sentido de “maestría”; y 2. factores externos que tienen que ver con los recursos del medio ambiente como la familia, el ingreso económico y los vínculos interpersonales de apoyo social.

Pensando en términos de un continuo entre vulnerabilidad y resiliencia, se observa que la literatura (Benard, 2004; Fergusson, et al., 2003; Garmezy, 1991; Masten, Garmezy, et al., 1998; McCubbin, et al., 1982; Luthar, 2006; Rutter, 2002, 2002; Wagner, 1998; Werner, et al., 1992) agrupa los factores riesgo-protección básicamente en: 1. Individuales, 2. Familiares y 3. Externos o Medioambientales.

En resumen, los factores pueden ser tanto de riesgo como de protección dependiendo del contexto y de su interacción y pueden clasificarse para su estudio, de acuerdo a las siguientes categorías:

Personal: autoconcepto y autoestima, percepción de autoeficacia, percepción de apoyo social; estilos y/o estrategias de afrontamiento, temperamento, rasgos de personalidad, establecimiento de metas, tolerancia a la frustración, locus de control, competencia social, competencia académica, competencia emocional, e inteligencia, dentro de los cuales la percepción de sucesos de vida es básica.

Familiar: cohesión familiar, comunicación entre los padres, entre padres e hijos, y/o entre hermanos; sistemas de crianza, patrones relacionales, manejo de los afectos y emociones, protección, vinculación afectiva, flexibilidad, estilos y estrategias de afrontamiento, apoyo familiar, nivel educativo.

Escolar: relaciones con compañeros y maestros, estilos de los sistemas educativos, rendimiento escolar, permanencia escolar, apoyo.

Social: estatus socioeconómico, nivel de ingreso, influencia de patrones de conductas sociales, influencia de pares o amigos, entorno social, redes sociales o apoyo comunitario.

Biológica: antecedentes familiares de salud, predisposición genética, problemas congénitos.

Se observa que la mayoría de los expertos en resiliencia coinciden en que existen algunos factores tanto internos (biológicos y personales) como externos (familiares, escolares, sociales y económicos) que al interactuar entre sí pueden dar como resultado un aumento en la vulnerabilidad de los adolescentes a presentar problemas en su desarrollo, o por el contrario pueden atenuar los efectos de las condiciones adversas y de estrés contribuyendo al desarrollo de la resiliencia.

Modelos riesgo-vulnerabilidad-protección

Los hallazgos en la investigación de la resiliencia a veces contradictorios han hecho que se propongan modelos explicativos particulares de cómo interactúan el riesgo, la vulnerabilidad y la protección, sobre diferentes problemas en la adolescencia como alcoholismo, suicidio, maltrato, entre otros (p.e. Cichetti, et al., 2006; Rutter, 1987).

Aunque algunos modelos han surgido de perspectivas epidemiológicas y médicas, los que se presentan a continuación son los que se coincide en que han sido reformulados y propuestos dentro de la psicopatología del desarrollo para el estudio de la resiliencia.

Los **modelos generales riesgo/vulnerabilidad y de protección** que dirigieron la investigación inicial principalmente por Garmezy y Rutter (1985) han podido vincular los mecanismos biológicos con los psicosociales que interactúan en la adaptación al estrés y en el desarrollo de la resiliencia.

El **modelo compensatorio** sugiere que el riesgo y los factores de riesgo tienen efectos aditivos sobre el mal ajuste o desadaptación, donde los factores de riesgo aumentan el riesgo a los desenlaces negativos y los factores de protección reducen el mal ajuste (Yates, et al., 2003).

El **modelo de desafío** parte del supuesto de que ante ciertas cantidades o moderados niveles de riesgo, específicamente de estrés pueden activar factores de protección, reduciendo el impacto potencial del factor de riesgo y fortalecer el afrontamiento y el ajuste ante futuras amenazas (Garmezy, Masten & Tellegen, 1984). Visto de otra manera, los eventos estresantes pueden incrementar las pautas de ajuste, a través del desarrollo de competencias, siempre que los recursos con los que cuenta el individuo sean percibidos como suficientes para enfrentar el estrés.

Este modelo es similar al de "*inoculación*", por lo que puede conocerse con el mismo nombre, ya que la exposición a estresores moderados permite activar y fortalecer el afrontamiento y el ajuste, "inoculando" al individuo de subsecuentes "daños" psicológicos (Davis & Cummings, 2006). Implica una relación prácticamente lineal entre el riesgo y la adaptación negativa, de tal forma que cierta cantidad de riesgo puede fortalecer un mejor ajuste.

El **modelo protección-protección** plantea que el mal ajuste o adaptación negativa está relacionado con la interacción entre factores de riesgo y el número de factores de protección relevantes que están presentes. Pone énfasis en el número de factores de

protección más que en el nivel de protección, de forma que la relación entre riesgo y adaptación negativa está determinada a partir del incremento de los factores protectores (Luthar, et al., 2000; Masten, 2001).

El **modelo riesgo-protección** sugiere que el mal ajuste está relacionado con la interacción, que involucra tanto los factores de riesgo como los de protección. De tal forma que altos niveles de factores de protección, son los que pueden funcionar como amortiguadores de los factores de riesgo. Los altos niveles de factores de protección pueden mediar entre los factores de riesgo y los desenlaces negativos o adaptación negativa (Masten, 2001; Luthar, 1991).

Un modelo central es **el modelo de riesgo acumulativo o de “cascada”** (Rutter 1985, 1987) cuyo planteamiento central es que la suma progresiva de factores de riesgo incrementa sensiblemente la vulnerabilidad de los niños y adolescentes hacia el desarrollo de desenlaces negativos y psicopatología. Plantea las siguientes áreas de riesgo a) *biológica*, b) *socioeconómica*, c) *salud mental e inteligencia de la madre*, d) *funcionamiento familiar*, y e) *apoyo social*, en las cuales se pueden presentar los *eventos estresantes*.

Según este modelo, algunas situaciones como la exclusión social, el racismo, la pobreza, la migración, juegan un papel importante, ya que la duración y la acumulación de situaciones estresantes funcionan como *estresores crónicos*, amplificando el riesgo. La permanencia de sucesos de vida adversos es capaz de generar altos niveles de estrés, ya que reduce la capacidad de flexibilidad y de adaptación.

Como contraparte de este modelo se propone el modelo de competencia o modelo aditivo de resiliencia, el cual se adjudica a Garmezy (Masten, et al., 2006; Wyman, Sandler, Wolchik & Nelson, 2000). En éste, el concepto de competencia asociado al de resiliencia ha sido entendido como un conjunto de destrezas que le permiten al individuo actuar de manera funcional en la vida y que se evalúan básicamente en términos observables a través de registros, listas de chequeos, y en general multi-informantes, respecto al comportamiento de los niños y adolescentes.

Sin embargo, cabe aclarar que el constructo competencia, dentro del campo de psicopatología del desarrollo y del enfoque evolutivo, aunque estrechamente ligado con la resiliencia, es diferente. En primer término, la resiliencia presupone un riesgo y la competencia no; en segundo lugar, la resiliencia abarca los índices, tanto de adaptación como de desadaptación (ausencia de desórdenes psicológicos y presencia de salud mental); en tercer lugar, cuando la resiliencia está dada en términos de resultados, éstos son

definidos a través de indicadores emocionales y conductuales, mientras que la competencia, implica conductas observables; en cuarto lugar, la resiliencia es un constructo superordenado, que asume aspectos de la competencia a lo largo de diferentes niveles de riesgo Luthar (2006).

En conclusión, desde los estudios iniciales de la resiliencia, la psicopatología del desarrollo ha tratado de establecer cuales son los mecanismos de interacción de factores de riesgo y de protección, personales y medioambientales, tanto para el desarrollo de la competencia, como para la resiliencia.

Medición: ¿la resiliencia como resultado o como causa del resultado?

Las definiciones que han guiado la investigación, parten de la exploración de la resiliencia como un proceso, y otras como un resultado, y son las que orientan el qué, cómo y cuándo se mide.

Ante la controversia de si la resiliencia es una característica, un proceso o un resultado, Garmezy (2000) plantea que habría que hacerse una serie de preguntas sobre lo que es la resiliencia antes de iniciar la investigación.

- ¿La resiliencia puede ser definida en términos de la *naturaleza de los desenlaces* como respuesta al estrés, o en términos de la interacción entre diversos factores como el estrés que producen los resultados?
- ¿La resiliencia puede ser considerada como un *proceso que modera* los factores de riesgo para dar resultados más o menos adecuados?
- ¿Es la resiliencia un *conjunto de cualidades de las personas* que hacen que presenten un buen ajuste, o es la resiliencia la variación en el ajuste que está en riesgo por tener malos resultados?
- ¿Es resiliencia el tener algunos logros y resultados para hacer frente a la adversidad?
- ¿Es la resiliencia el producto de la transacción entre *factores personales y medioambientales*?

Cualquiera de los planteamientos es válido siempre y cuando se determine claramente en que sentido se va a considerar la resiliencia, cual va a ser su conceptualización, con base en lo cual se pueda guiar la investigación, dice Garmezy (1993a).

Dentro de las aproximaciones que se enfocan o subrayan la importancia de la *resiliencia como un proceso* pueden considerarse las de Rutter (1991, 2007), sin embargo también otorga gran importancia a la resiliencia en términos de resultados aunque éstos sean muy heterogéneos.

Su énfasis en estudiar el proceso a lo largo del tiempo, ha marcado su preferencia por el desarrollo de investigaciones de corte longitudinal (Rutter, 1985) por lo cual se pueden hacer mediciones repetidas, registrando diferentes condiciones o eventos por las que va atravesando el adolescente. Lo mismo ocurre con los estudios que ilustran la investigación de Werner (1996).

Sin embargo, se observa que la resiliencia también conceptualizada como proceso, se puede explicar a través del estudio de la interacción entre diferentes factores, básicamente los personales y los medioambientales, por medio de investigación transversal (Luthar, 1991; Luthar, et al., 2002) como lo ilustran estudios en los que se someten a prueba diferentes modelos de resiliencia, a través de modelamiento de ecuaciones estructurales y path análisis, o con el uso de otros estadísticos como análisis de regresión lineal, múltiple y jerárquica (p.e. Gómez y McClaren, 2003).

Rutter (2000) señala que la resiliencia puede ser entendida como un polo positivo donde se ubican las personas que se adaptan a situaciones de estrés y/o adversidad, mientras que el polo negativo está definido en términos de no resiliencia más que de vulnerabilidad. La resiliencia puede representar desde la ausencia de psicopatología hasta la capacidad de recuperación de un paciente con daño cerebral Cichetti, 1993). En este sentido la resiliencia se ha definido también como la ausencia de criterios para hacer un diagnóstico y la no resiliencia como la presencia de uno o más indicadores de trastornos que persisten a lo largo del tiempo (Garmezy, 2000). En esta situación la medición puede enfocarse más en los resultados que en los procesos.

No obstante, Struman y Higgins (1993) advierten que cuando el ajuste es visto sólo en términos de los *resultados y trayectorias a largo plazo*, más que niveles de funcionamiento a través del tiempo, se pueden confundir las variables intermedias y los resultados. Los indicadores actuales pueden ser vistos tanto como señales de adaptación positiva en el presente o como factores protectores en el futuro, y en ambos casos los modelos centrados en las variables podrían predecir resultados positivos (Masten, 2001).

Argumentos como éste han generado que la resiliencia se considere también como un constructo específico que define la *relación entre factores de riesgo y protección* y

variables resultado. Los resultados son un complejo grupo de variables que reflejan la interacción a través de *varias áreas* y de múltiples procesos de afrontamiento para la adaptación a las demandas internas y externas, como se puede observar en algunos estudios (Rodin, Striegel-Moore & Silberwstein, 2002) sobre variables contextuales como el nivel socioeconómico, variables personales y familiares, y su relación con presencia de problemas emocionales por lo cual utiliza diferentes instrumentos de medición.

Esto implica una variación importante en el concepto de la resiliencia y su medición en la actualidad. En función de las definiciones, los adolescentes pueden ser en algunas esferas resilientes y no en otras, y por tanto la adaptación puede ser relativa. Aun dentro de una misma esfera o dominio, la resiliencia puede variar tanto como las formas de medición. A menos que se midan diversos dominios, la evaluación de la adaptación puede llegar a ser incompleta (Cicchetti 1993).

Por ello, se sugiere que se tiene que especificar en qué dominios o a partir de qué, un niño o adolescente es resiliente, de tal manera que puede hacerse referencia a resiliencia social, resiliencia académica o resiliencia psicológica (Garmezy, 2000; Luthar, 2006; Luthar et al., 2003). De ahí que se puedan utilizar pruebas multidimensionales o baterías estandarizadas, para evaluarlas con la amplitud y exactitud que se requiera, en función de una norma estadística.

La resiliencia también suele ser entendida en términos de un patrón que implica *ausencia de psicopatología* más que una adaptación excelente o positiva todos los días bajo todas las circunstancias. Asimismo se subraya que la resiliencia *varía de acuerdo a la etapa del desarrollo, al contexto y la cultura*, ya que los criterios están basados en las expectativas sociales de adaptación por lo que los marcadores de lo que se considera un comportamiento, un perfil o un desenlace resiliente podrían cambiar, lo que hace referencia al carácter relativo y no global de la resiliencia. Los métodos de medición que se han utilizado en congruencia con esta definición, además de listas de chequeo (pares, padres, maestros), son pruebas que evalúan comportamientos y síntomas emocionales, con normas nacionales con relación a la edad y/o grado de escolaridad (Masten, et al., 2003).

La resiliencia puede ser identificada a través de comportamientos asociados a un perfil psicológico o conjunto de factores psicológicos que contribuyen a que una persona demuestre adaptación en diversos dominios, que pueden variar en función de las circunstancias y a través del tiempo (Masten, Garmezy, Tellegen, Pellegrini, Larkin & Larsen, 1988). Puede evaluarse a través de diversos dominios (personal, familiar, escolar, social),

por lo que generalmente la evaluación implica el uso de diversos métodos y técnicas de medición –multi-informantes, entrevistas a profundidad, inventarios, pruebas psicológicas, listas de chequeo-, como lo ilustran algunos estudios (Fergusson, Woodward & Horwood, 2000; González-Arriata, 2007; Márquez, 2008; Werner, et al., 1992).

Los niños y adolescentes con perfiles resilientes son aquellos que a pesar de vivir en circunstancias adversas, como por ejemplo la pobreza, y/o experimentar situaciones altamente estresantes, así como estar expuestos a un conjunto de factores de riesgo o eventos de manera crónica, son capaces de enfrentarlos y desarrollarse de manera adecuada en relación a parámetros y normas socialmente aprobadas, sin presentar alteraciones en su desarrollo o problemas emocionales, contrariamente a lo que se hubiese esperado.

Aunque el término resiliente es de uso frecuente en la literatura, Luthar, et al., (2003) y Rutter (2007) advierten que cuando se hace alusión a la resiliencia es preferible referirse a perfiles que a características de personalidad de los individuo. Existen otros investigadores que utilizan el término de resiliencia como una variable más que como un proceso (p.e. Gordon, 1996; Jessor, et al., 1998) usan el término *resiliencia* para referirse a características personales. Así podría ser definida en términos de las *características de los individuos*, que moderan los factores de riesgo dando desenlaces benignos.

Los sujetos que están identificados por altos niveles de fortaleza, tienen altos niveles de características adaptativas como estilos de afrontamiento activos, compromiso, (creencia y valor en sí mismos), control (creencias de que los eventos de vida son predecibles y están bajo el control de sus acciones) y reto (pensar que las experiencias de vida forman parte del crecimiento más que amenazas), son considerados resilientes.

Ante la amplia gama de conceptualizaciones, la tarea de definir el constructo de la resiliencia y sus mecanismos centrales es un punto nodal de la investigación que no ha podido resolverse. Sin embargo, ante las inconsistencias en la conceptualización y estudio del riesgo, protección y vulnerabilidad, incluido el de resiliencia, Luthar y sus colaboradores (2000) proponen que se pueden utilizar diferentes etiquetas para designar los “nuevos” mecanismos que la investigación va reconociendo y que lo importante en todo caso es seleccionar criterios específicos como el qué y el quién en un estudio. Sugiere que se explore la naturaleza de la adversidad (condiciones, sucesos, etcétera) que en conjunto con la teoría del desarrollo permitan tomar decisiones sobre los dominios o aspectos que han de estudiarse.

En suma, la literatura muestra diferentes posturas con respecto a la resiliencia, incluso dentro de cada perspectiva, y por tanto del enfoque de psicopatología del desarrollo, no obstante se reconoce el carácter no absoluto y cambiante de la resiliencia, por lo que puede decirse que no hay personas totalmente resilientes. Aún en ambientes de alto riesgo se puede presentar adaptación en algunos dominios y en otros no, lo que permite explicar por qué existen adolescentes que viven sucesos adversos, no sucumben ante el estrés y logran salir adelante, mostrando niveles de adaptación aceptables.

También puede ser medida como un conjunto de atributos personales, como un proceso interactivo entre diversos tipos de variables básicamente individuales y medio ambientales que dan un resultado, o como un resultado en sí mismo, e incluso como ambos, tanto como un proceso o como un resultado en términos de adaptación positiva, que implica ausencia de psicopatología ante situaciones de riesgo y/o ante la exposición al estrés. Lo esencial como menciona Rutter (2007) es poder pasar del estudio descriptivo de las variables al estudio de los mecanismos (procesos) con base en evaluación de la interacción de diversas variables.

Con base en los planteamientos centrales de Masten (Masten et al., 1998; Masten, et al., 2003) y de Luthar (2006), *la resiliencia se conceptualiza como la capacidad de adaptación positiva en una situación de adversidad ya sea matizada por la exposición a estresores crónicos de manera permanente o por experimentar una situación en la cual el riesgo es significativo, que implique la ausencia de problemas emocionales significativos o psicopatología en el desarrollo, por lo que la resiliencia puede ser considerada y evaluada en términos de desenlaces positivos de acuerdo a una norma en función de la edad y un contexto determinado.*

La resiliencia, para este estudio, ha sido conceptualizada en términos de presencia de resultados positivos y la *ausencia de psicopatología en función de una norma* más que una adaptación excelente o positiva en todos los dominios, en función de la *interacción de variables personales y medioambientales*, a pesar de la presencia de una condición de riesgo como la pobreza y de sucesos estresantes.

Evidencia empírica

La naturaleza multidimensional de la resiliencia se pone de manifiesto en los estudios multifactoriales, los cuales integran diversas variables, por lo cual no es fácil hacer referencia

a ellos por cada tipo de variable, sin embargo, a continuación se describen los más ilustrativos en función de las categorías descritas respecto a factores riesgo y protección; y en el capítulo siguiente se describen por cada variable que se estudió en el presente trabajo.

El estudio multifactorial de Werner y Smith (Werner, et al., 1992) identificó la existencia de dos grupos de factores que participan en el proceso de la resiliencia. Factores internos, como el temperamento y/o personalidad y la inteligencia, y factores externos como la familia, específicamente *la cohesión y flexibilidad familiar*. De manera específica encontraron como factores protectores en los niños:

- Un temperamento “fácil” (afectuosos, responsables, sociables)
- Participación activa en actividades sociales y amigables
- La presencia de una fuerte relación con una persona significativa o modelo
- Habilidades de lenguaje y de razonamiento superiores en comparación del resto de los niños
- Orientación social positiva y tendencia a buscar apoyo social
- Autoconcepto positivo y locus de control interno

Por su parte, Masten y colaboradores (p.e. Masten, et al., 1998; Masten, et al., 2003; Masten, et al., 2006), a través del desarrollo de sus estudios con diferentes tipos de problemáticas y en particular con su Proyecto de Competencias, han encontrado como factores protectores:

- Relación con adultos competentes
- Buenas habilidades intelectuales (por lo menos un nivel de inteligencia promedio)
- Situación económica estable
- Padres eficientes o con estilos de crianza eficientes
- Talentos que son apreciados por el mismo niño o por otras personas
- Buen rendimiento en la escuela
- Intercambios sociales en la comunidad

Encontró que los niños vulnerables experimentaban *mayor número de eventos estresantes* y contaban con menos *estrategias de afrontamiento* efectivas para manejarlos, lo que resulta similar con los hallazgos de Werner, et al., (1992).

Con respecto a las características de sus familias, padres y/o cuidadores, tanto los estudios de Werner, et al., (1992) como los de Masten, et al., (p.e. 1991, 1998, 2006) encontraron:

- apoyo dentro y fuera de su familia.

- presencia de reglas en su familia
- comunicación abierta en la familia
- ligas significativas entre nivel de educación de los padres y competencia en los niños
- apoyo informal de la familia extendida (extensa)

En sus estudios se enfocaron a la evaluación de características personales y familiares a través del uso de métodos multi-informantes. Reportan el uso de entrevistas semiestructuradas y de listas de chequeo con maestros, compañeros y padres respecto a los niños, para contrastar características de conducta en comparación con medidas de personalidad y de autoconcepto autoadministrables.

Por otro lado los trabajos de Fergusson y colaboradores (Fergusson, et al., 2003; Fergusson, et al., 2000), aportan información importante sobre factores de riesgo y protección principalmente de *conductas suicidas, ansiedad y depresión, así como personalidad antisocial*, a través de investigación longitudinal con adolescentes sobre la combinación de diversas variables de riesgo y protección que dividieron en personales, familiares y escolares (p.e. abuso sexual, autoestima, personalidad, nivel socioeconómico, calidad de vida de la familia -“medida subjetiva del nivel socioeconómico”-, violencia interpersonal y parental, rendimiento escolar, apego a pares, historia de suspensiones). Para su medición utilizaron todo tipo de instrumentos, como inventarios de personalidad, de inteligencia, de apego parental, de solución de conflictos, registros escolares, registros de nivel socioeconómico y en algunos de ellos también utilizaron entrevistas breves semiestructuradas sobre antecedentes personales y familiares.

Evidencian que el apoyo social y familiar, así como la ausencia de algún evento traumático como el abuso sexual son factores protectores que disminuían conductas suicidas, por lo que al mismo tiempo, se plantea al abuso sexual como una variable que incrementa la vulnerabilidad a la conducta suicida.

Otros estudios (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer & Maughan, 2007), aportan evidencia de que los jóvenes resilientes presentan estrategias de afrontamiento funcionales y activas dirigidas al problema, por lo que se considera como una variable central en el manejo de sucesos negativos y para desarrollar conductas resilientes.

Algunas líneas de investigación sobre las competencias académicas, por ejemplo la de Masten y colaboradores (Masten, Garmezy, et al., 1998; Masten, et al., 2003), también advierten que el CI tendría que ser diferenciado de las habilidades cognitivas, ya que implica

un grupo de competencias más amplio, a pesar de que han logrado evidenciar una alta asociación entre el CI y el nivel de adaptación, observando que los niños con alto nivel de inteligencia tienden a mostrar mayor adaptación.

Otro factor que parece mediar el proceso de adaptación es la personalidad. Algunos estudios sugieren que cierto tipo de personalidad como “personalidad robusta” (p.e. Kovasa, 1999; Reuchkin, Eisemann & Hägglöf, 1999; Reuchkin, Kuposov, Eisemann & Hägglöf, 2002), funciona como protector. Los sujetos que están identificados por altos niveles de fortaleza, tienen puntuaciones altas en características adaptativas como compromiso, (creencia y valor en sí mismos), control (creencias de que los eventos de vida son predecibles y están bajo el control de sus acciones) y reto (pensar que las experiencias de vida forman parte del crecimiento, más que amenazas). La fortaleza modera las experiencias de vida estresantes, permitiendo una reevaluación positiva de las circunstancias, como una forma de reducir el estrés, lo que implica el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas.

Al respecto, el estudio de Werner (Werner et al., 1992) también encontró en este rubro algunas características de personalidad como autoconfianza, sociabilidad, responsabilidad, que en conjunto se denominó orientación social positiva y locus de control interno. Rutter (2002) también plantea que entre algunos factores protectores están el autoconcepto positivo, la percepción de autoeficacia y competencia, así como el locus de control interno.

En 2003, Fergusson y colaboradores, encontraron que la personalidad neurótica entre otras variables, estaba relacionada con vulnerabilidad-resiliencia en los intentos suicidas entre los adolescentes deprimidos-no deprimidos, aunque lo más importante es la influencia de la acumulación de varios factores, como la historia de abuso.

Al respecto de la personalidad, un estudio con niños a partir de la teoría del yo realizado por Valencia (2005), sugiere que aspectos de la estructura de la personalidad como la fortaleza del yo, entendida como ego resiliente, funciona como un factor de protección, ya que permite a los niños mostrar mayor adaptación, lo cual está asociado a un menor número de trastornos tanto internalizados como externalizados.

Los hallazgos de Boden, et al., (2007) muestran que un factor de mayor riesgo para la conducta suicida, es la alteración de la personalidad, como por ejemplo, trastornos depresivos y de ansiedad. Se observó un incremento de conducta suicida asociado a incremento en número de trastornos de ansiedad. Otro estudio con adolescentes usuarios y no usuarios de drogas, como el de Córdova (2006) confirma dichos hallazgos reportando que

el sentido del humor y la autoestima fueron algunas características encontradas en los grupos de no usuarios, funcionando como variables protectoras.

Algunos expertos enfatizan que existen, en particular factores familiares y medioambientales que pueden asumir una función protectora, como cohesión familiar (Walsh, 2004), y la existencia de redes informales de apoyo, en particular de una persona significativa (Barrera, et al., 2000; Masten, et al., 1998; Rutter, 2002; Werner, et al., 1992).

En particular, solo por citar un ejemplo³, Everall, Altrows y Paulson (2006) con base en una metodología cualitativa analizaron casos con estados depresivos, ideación e intento suicida, encontrando cuatro áreas fundamentales de apoyo. Apoyo social en general, buenas relaciones con pares, padres y adultos significativos; en cuanto a procesos emocionales, la posibilidad de expresarse fue importante; los factores cognitivos involucraron conciencia de sí mismo y la posibilidad de mostrar autocontrol; por otra parte, también mostraron sentido de perspectiva y presencia de metas. En todo este proceso de resiliencia, la percepción del apoyo social fue esencial.

Respecto a la importancia de las **variables socioeconómicas** como factores de tipo distal, se han llevado a cabo diversas investigaciones (p.e. Conger, Ge, Elder, Lorenz & Simons, 1999; Plunkett, et al., 1999; Werner, 1992), que muestran evidencia de la relación directa e indirecta entre factores económicos y el desarrollo de trastornos mentales en la adolescencia y en general a lo largo de la vida (Ortiz, 2008), como se presenta con mayor detalle en el apartado de estrés y pobreza.

Ciertamente, los niños y adolescentes que pertenecen a niveles socioeconómicos más bajos o que atraviesan por crisis económicas, son más reactivos a los estresores medioambientales.

Se señala de manera reiterada que en familias pobres y/o de escasos recursos los padres presentan patrones de crianza limitados o inadecuados, y que éstos, a su vez están asociados con algunos marcadores como edad y escolaridad. (Garmezy, 1993a; Masten, et al., 1991; Luthar (2006). La mayoría de ellos se convirtieron en *padres a edades muy tempranas*, siendo muy jóvenes, lo cual estuvo relacionado con *baja escolaridad* la cual a su vez se asocia a *oportunidades de empleo y a ingresos por familia*, lo que implica un riesgo acumulativo o múltiple.

³ Una exposición más amplia al respecto se presenta en el apartado de la familia como mediador de la resiliencia.

Los estudios que incorporan **factores biológicos**, como por ejemplo, los de depresión o esquizofrenia, han demostrado que los factores genéticos juegan un papel central en los desenlaces negativos de adolescentes, como lo enfatizan Cicchetti (1993) o Rutter (2000, 2003). A pesar de ello, se observa que algunos niños que pudieran considerarse vulnerables por su predisposición genética, logran salir adelante, lo que puede explicarse por la influencia de variables externas que parecen moderar el impacto de dichos factores, como por ejemplo, la comunicación en la familia, particularmente con la madre, o el estilo de crianza.

La investigación señala que la resiliencia puede ser entendida como proceso o resultado de la combinación de atributos personales y ambientales, familiares, sociales y culturales, que le permiten al individuo enfrentar de manera exitosa las dificultades y retos de la vida, que están en función de la combinación de dichos factores en un momento y contexto determinados. Del balance de factores de riesgo y protección resulta la resiliencia; los segundos no solo parecen proteger al individuo de las condiciones adversas, sino que propician el que el adolescente sea capaz de enfrentarlas, superarlas, e incluso resultar fortalecido a través de sus experiencias.

Los conceptos de vulnerabilidad y protección han guiado la investigación la cual ha girado en torno a las características estables, tanto del niño como de su medio ambiente, que permiten reducir el efecto potencial de deterioro que implican los eventos altamente estresantes, particularmente los *estresores crónicos*, originando estudios centrados especialmente en eventos estresantes y mecanismos de control del estrés en los niños y adolescentes, y en sus familias, como se precisa más adelante.

CAPÍTULO 3

RESILIENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

“de las neuronas a los vecindarios...”

(Masten & Gewirtz, 2006, p. 2)

A pesar de que las experiencias estresantes de vida constituyen una amenaza potencial al bienestar y salud del desarrollo en niños y adolescentes, varios investigadores (Luthar, et al., 2000) han argumentado que muchos de los problemas en la investigación de la resiliencia se deben a que no se ha estudiado la naturaleza de los sucesos de vida estresantes ni los mecanismos de reacción ante ellos, por lo que es importante, evaluar la presencia e intensidad de los sucesos de vida y la percepción de los mismos, las respuestas y mecanismos de control del estrés como el afrontamiento y el apoyo social, así como otras variables asociadas con el estrés como el ambiente familiar.

Conforme a Gore, et al (2000), la base para la investigación de la relación entre riesgo y resiliencia en la niñez y adolescencia, fue determinada por los estudios de estrés. Sin embargo, aún existen interrogantes al respecto, por lo que sugieren que la *identificación de los estresores* en los que viven los adolescentes, es el inicio para determinar marcadores de riesgo relacionados con los desenlaces adaptativos que implican resiliencia; ¿cuáles son los factores que dirigen un desenlace positivo o uno negativo, los factores medioambientales o los atributos personales del niño? Se recomienda observar ambos para hacer un balance y saber con mayor exactitud cuáles son y cómo funcionan los factores de protección.

Ciertamente, el estrés es un fenómeno que tiene varias aristas, por ello es importante, como menciona Compas (1987a, 1987b) y Compas et al (1988), considerar en el estudio del estrés: a) las características de los sucesos, b) su percepción o valoración cognitiva, c) la forma de afrontarlos, y d) en general las características de los adolescentes, ya que son variables clave para la comprensión de los procesos de adaptación, que pueden dar como resultado patrones resilientes o no resilientes.

Se ha propuesto de manera reiterada investigar en diferentes ámbitos, a partir de marcos multiferenciales y multiniveles, como lo hace la perspectiva de psicopatología o transaccional del desarrollo (Cicchetti, et al., 2006; Luthar, 2006; Rutter, 2000; Wyman, et al.,

2003). Dicha perspectiva propone que los desenlaces adolescentes se organizan con base en una relación de interdependencia entre variables personales y contextuales, a las cuales también se les denomina niveles ecológicos, como por ejemplo, las experiencias de vida, el afrontamiento, la percepción del apoyo social y los procesos de la dinámica familiar.

Estrés y sucesos de vida

*“algunas cosas están bajo nuestro control y otras no.
Sólo tras haber hecho frente a esta regla fundamental y haber
aprendido a distinguir entre lo que podemos controlar y lo que no,
serán posibles la tranquilidad interior y la eficacia exterior”
(Epicteto)*

Como se ha señalado, la adolescencia es considerada como una de las etapas de mayor vulnerabilidad del individuo, ya que implica sobrecarga de demandas que lo ubican en estados de constante tensión como resultado de presiones provenientes de su medio ambiente como de sí mismo.

Se sigue conceptualizando a la adolescencia como una etapa con múltiples riesgos, tanto para su salud física como emocional (Coleman, et al., 2007; Patterson, et al., 1987). En ella, se tiene que hacer frente a diversos sucesos de vida que pueden ser normativos, o no normativos. Sucesos vitales que en función del contexto y de la interrelación del adolescente con su familia y sus grupos de referencia, pueden ser considerados y percibidos como estresantes. Los sucesos pueden representar preocupaciones o presiones cotidianas, como por ejemplo, pasar exámenes, preparar clases, lidiar con los pares, hasta enfrentar presiones crónicas de tipo económicas, o vivir en barrios violentos.

Desde la perspectiva *transaccional o psicopatología del desarrollo, estrés, riesgo y resiliencia* son conceptos estrechamente vinculados en los procesos de adaptación-desadaptación. Se afirma que no se puede hablar de resiliencia sin la presencia de estrés, por lo que el concepto de resiliencia se equipara con el de *resistencia al estrés* para describir el mantenimiento de una conducta adaptada en adolescentes en presencia de sucesos vitales estresantes (Garmezy, 1993; Rolf, et al., 1999).

Las desventajas familiares socioeconómicas y de salud mental en los padres como fuentes de estrés han sido algunas de las variables implicadas para evaluar el riesgo y su impacto en las trayectorias y desenlaces adolescentes, lo cual ha servido de guía en el diseño de programas de intervención, en términos de prevención (Egeland, 2007).

Modelos conceptuales del estrés

La complejidad de la investigación sobre la relación estrés y resiliencia ha impulsado el que se lleven a cabo diversos estudios, a partir de diferentes modelos explicativos sobre el estrés.

Existen tres modelos básicos sobre la conceptualización del estrés. Un modelo que considera al estrés como respuesta o desenlace; un segundo modelo que refiere al estrés como un estímulo y un tercer modelo que entiende al estrés como proceso. Todas estas aproximaciones han sido retomadas en los estudios sobre la relación entre estrés y resiliencia.

En este trabajo se reconoce la complejidad del estrés y se asume la tercera aproximación. Esta forma de conceptualizar el estrés se debe a Lazarus y Folkman (1991) y es tal vez la de mayor aceptación por lo que ha sido retomada por numerosos investigadores en adolescencia y desarrollo (Compas, 1987b; Frydenberg, 2008; Seiffge-Krenke, 1998). Los autores plantean no sólo una definición sino un modelo del estrés que integra las concepciones anteriores de respuesta y estímulo, por lo que el modelo se denomina como transaccional ya que explica al estrés en términos de un proceso de negociación entre el medio ambiente y los recursos del individuo.

El estrés como lo refieren Lazarus, et al (1991) implica una relación particular entre el individuo y su entorno, mediada por un sistema perceptual-cognitivo (Figura 4). El desequilibrio entre la percepción y evaluación de un evento, y de los recursos disponibles, es lo que da pauta a que sea interpretada como negativa, y como consecuencia surja el estrés, lo que explica la importancia de la percepción del adolescente de su entorno.

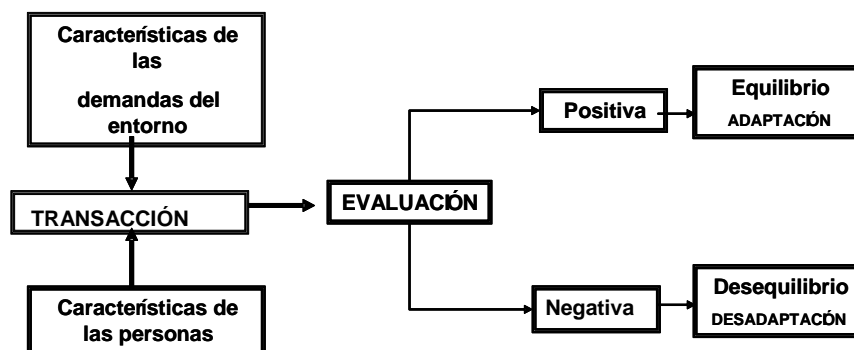


Figura 4. Esquema del proceso transaccional del estrés

El modelo plantea que el estrés es resultado de una *transacción* entre el medio ambiente y la persona, que suele activar otros procesos de adaptación como el afrontamiento. De este modo se subraya la importancia de la *valoración subjetiva*, como un proceso inicial básico en el surgimiento del estrés y su impacto en la adaptación adolescente.

No es necesario que un evento sea terrible para que produzca un impacto negativo en el adolescente; es la valoración negativa del evento lo que lleva al adolescente a otorgarle un significado negativo lo que le da calidad de estresor, con las consecuentes repercusiones en su desarrollo físico y emocional (Compas, 1987a; Grant, Compas, Stuhlmacher, Thurm, McMahon & Halpert, 2003).

La compleja relación entre estrés, riesgo y los desenlaces o resultados en términos de adaptación adolescente depende de otros muchos más factores y cada uno de ellos presenta una variación de acuerdo al estatus del desarrollo, el contexto social y cultural (Haggerty, et al., 2000).

Este modelo ha guiado la investigación en resiliencia infantil y en la adolescencia ya que proporciona una base más amplia que permite entender, como menciona Rutter (2007), por qué para algunos adolescentes existen sucesos “insignificantes o modestos” que pueden ser altamente agobiantes, mientras para otros no lo son. Esto ha contribuido a explicar la posibilidad de que los adolescentes presenten diferentes trayectorias de adaptación en términos de resiliencia (Compas, et al., 1995).

Las limitaciones metodológicas comunes al estudio del estrés como una condición de riesgo, se deben, entre otras razones a la falta de precisión en la medición del estrés como riesgo y lo que representa para cada niño o adolescente. Luthar, et al (2003) señalan que los adolescentes que viven en circunstancias de vida negativas particulares, son tratados como homogéneos, a pesar del grado de variación de sus experiencias subjetivas respecto a las condiciones de riesgo, como la pobreza.

Los investigadores enfocados al estudio del estrés-resiliencia con base en la propuesta de Lazarus, et al (1991), presentan distintos modelos explicativos sobre el estrés y su relación con diversas problemáticas como depresión, ansiedad, conducta antisocial, problemas de adicciones, migración, adaptación cultural, o consumo de sustancias, como por ejemplo, el modelo psicosocial de Cervantes y Castro (1985); el modelo de recursos de afrontamiento de Moos (Moos & Holahan, 2003); el modelo sobre depresión, duelo y abuso de sustancias de Harris (Harris, Brown & Bifulco, 1986) y el modelo de respuesta al estrés

de Connor-Smith y Compas (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thommsen & Saltzaman, 2000; Connor-Smith, et al., 2004), o el modelo de Frydenberg (2008), se enfocan al estudio integral de la relación estrés-afrontamiento en adolescentes.

Entender la resiliencia implica estudiar las posibles fuentes de estrés y su relación con los desenlaces adolescentes, tanto positivos como negativos, así como las *variables intermedias* (*mediadoras y moderadoras*) que influyen o explican la relación entre los estresores en términos de riesgo y los desenlaces en términos de psicopatología o resiliencia (Cicchetti, et al., 1995).

Estos planteamientos son apoyados por Grant, et al (2003, p. 452) quienes señalan que “el lento progreso en la investigación en el estrés y su relación con la psicopatología del desarrollo infantil y de la adolescencia en el campo de la resiliencia es la falta de más modelos teóricos del rol del evento estresor en el origen de la psicopatología”, a pesar de todas las recomendaciones hechas con anterioridad que indican el estudio de:

- los moderadores en la relación entre estresores y los desenlaces adolescentes en psicopatología y resiliencia
- los procesos mediadores en la relación entre estresores y psicopatología
- estimar las relaciones entre tipos particulares de estresores y tipos particulares de psicopatología
- las relaciones recíprocas entre estresores y psicopatología

Grant, et al (2003) proponen un modelo general sobre la relación entre sucesos de vida como estresores y los desenlaces en niños y adolescentes (Figura 5).

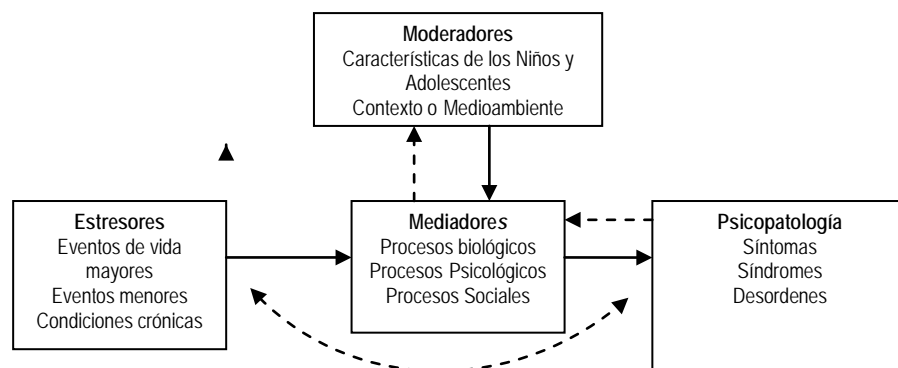


Figura 5. Modelo conceptual del rol de los estresores en la etiología de la psicopatología de niños y adolescentes

Este modelo planteado esencialmente con base en una perspectiva de riesgo-protección indica que: a. el estrés o el estresor contribuye a la psicopatología, b. algunas variables pueden funcionar como moderadoras influyendo en la relación entre el estrés y psicopatología, c. los mediadores explican la relación entre el estrés y la psicopatología; d. hay especificidad en la relación entre estrés, moderadores, mediadores y la psicopatología, y lo más importante, e. la relación entre todos estos elementos es dinámica y recíproca.

Esquemas como éste permiten el estudio de la vulnerabilidad-resiliencia, ya que explican parte de un proceso dentro del cual se dan relaciones recíprocas entre el estrés o condiciones de riesgo, las variables intervinientes (moderadoras y/o mediadoras) y los resultados o desenlaces adolescentes, tanto negativos como positivos.

A partir de ello se puede explicar cómo los sucesos de vida pueden asumir diferentes significados en función de la vivencia de cada chico, a través de un proceso en donde las emociones, las cogniciones y las conductas están estrechamente vinculadas.

En síntesis, el considerar al estrés desde la perspectiva transaccional como proceso, parece ser el punto de partida en la comprensión integral de la relación del estrés y los desenlaces en la adolescencia. Asimismo hacer una breve revisión de la taxonomía de los estresores, para entender mejor su participación en la psicopatología y la resiliencia durante la infancia y la adolescencia, parece ser otro elemento para identificar sucesos que pueden ser un riesgo para los adolescentes aunque también se tengan que explicar otras variables y el contexto en el que operan.

Sucesos de vida y adaptación

Cuando el estrés está involucrado en el estudio de la resiliencia, el riesgo puede ser determinado por el impacto de una variedad de sucesos de vida. Gore, et al (2000) enfatizan la necesidad de clasificar las situaciones estresantes a fin de determinar su participación y mecanismos de relación con los desenlaces adolescentes.

Los trabajos pioneros de Coddington (1972a, 1972b), sobre el estudio del estrés en niños y adolescentes, sentaron las bases para la ampliación de la investigación sobre el impacto de los sucesos vitales en la salud psicológica. Algunos de sus hallazgos han sido confirmados (Compas, 1987b; Williams & Uchiyama; 1989), sin embargo, como señala Rutter (2000), existen aún algunas controversias respecto al papel de los sucesos y de varios

mediadores personales y su relación con el estrés o resiliencia, por lo que es necesario ampliar su estudio.

Esta aproximación al estudio de la relación entre sucesos de vida negativos y desenlaces adolescentes ha guiado algunos estudios tanto transversales como longitudinales, sin embargo, evaluar los sucesos por sí solos como en los estudios iniciales, podría limitar la comprensión de la resiliencia ya que otro aspecto básico es medir la *valoración subjetiva* de los adolescentes de dichos sucesos así como su relación con otras variables (Compas, Davis, Forsythe & Wagner, 1987).

Un suceso de vida es cualquier suceso o acontecimiento que ocurre a un individuo o familia que tiene el potencial de producir estrés, por lo que dependiendo de las condiciones o contexto en el que vive un adolescente puede constituirse en un estresor o un riesgo para su desarrollo (Plunkett, Radmacher, Kimberly & Moll-Phanara, 2000). Los sucesos o eventos vitales son experiencias de vida importantes, que pueden ser percibidos como negativos, positivos o indiferentes por los adolescentes.

Como resultado de las investigaciones realizadas sobre estrés y resiliencia con adolescentes, se reporta (Liu, Kurita, Uchiyama, Okawa, Liu, & Ma, 2000; Sieffge-Krenke, 1998) que en la aparición del estrés y proceso de adaptación, interviene el *grado de control* que se puede tener sobre los sucesos. En este sentido, existen sucesos normativos o no normativos, dada la probabilidad de ocurrencia y de la percepción de control del adolescente.

La generalidad de los adolescentes suelen enfrentarse a ciertos sucesos normativos porque forman parte de las tareas del desarrollo, por ejemplo, el empezar a tener novia(o), o cambiar de nivel escolar (Coleman, et al., 2007; Compas, 1987b). Los sucesos no normativos por ser menos frecuentes, no predecibles y difíciles de controlar, tienden a impactar de manera significativa al adolescente y ser altamente agobiantes, como tener algún accidente o el divorcio de los padres. Por tanto la normatividad y no normatividad de las transiciones impactadas por los sucesos, es un factor que interviene en la resiliencia durante la adolescencia.

De acuerdo con Compas, Malcarne y Fondacaro (1988), así como con Lazarus, et al (1991), los sucesos pueden también asumir calidad de estresores en función de su magnitud, intensidad, frecuencia y duración, como se ha podido constatar en la investigación (Compas, Orosan & Grant, 1993; Grant, et al., 2003). Algunos de ellos pueden definirse como sucesos de vida significativos, mayores o críticos, tales como enfermedad física o mental en alguno de los padres, sufrir abuso sexual, o ser asaltado, lo que aumenta la

posibilidad de producir un desajuste en el joven a corto, mediano y/o largo plazo (Rutter, 2000).

Los sucesos menores o contrariedades cotidianas, son aquellas que a pesar de tener menor alcance pueden convertirse en mayores o críticos por su impacto en el proceso de adaptación, dada su frecuencia e intensidad, por lo que pueden significar un reto para los adolescentes en términos de adaptación, por ejemplo, no contar con dinero para transportarse a la escuela o para comprar útiles, los cuales muchas veces están relacionados con ambientes de adversidad (Compas, 1993; Compas, et al., 1987; Guthrie, Young, Boyd & Kintner, 2002).

Los sucesos mayores están relacionados con los sucesos cotidianos y estos a su vez con síntomas psicológicos, lo que sugiere que tendrían que estudiarse ambos tipos de sucesos para entender su interacción e influencia, tanto en la presencia de psicopatología, como en la resiliencia. Esto explica el interés por incorporar los sucesos de vida mayores y los cotidianos de manera conjunta en modelos integrales que tratan de explicar los procesos de adaptación. Un suceso agudo es cualquier circunstancia de vida que ocurre de manera sorpresiva en un momento determinado, no predecible, poco controlable y crítico, que puede generar alto grado de estrés y consecuencias negativas para el adolescente (Compas, et al., 1988).

Los sucesos cotidianos o crónicos aunque tienen su origen en situaciones de la vida diaria, pueden llegar a causar gran presión y agobio por la frecuencia y duración en la que se presentan, porque si éstas son constantes o permanentes se convierten en estresores crónicos aumentando su influencia negativa en el adolescente (Compas, Howell, Phares, Williams & Ledoux, 1989). Durante la infancia y la adolescencia, Haggerty, et al (2000) incluyen las presiones económicas y la pobreza, porque pueden ser tan impactantes como el vivir con padres con alguna enfermedad crónica.

Estos sucesos aunque son considerados negativos, hay evidencia de que no tienen el mismo impacto en todos los adolescentes ya que depende del contexto. Por esta razón han sido objeto de numerosos estudios desde la perspectiva de psicopatología del desarrollo, y contribuido a explicar las diversas trayectorias adolescentes (Compas, et al., 1995; Elgar, Arlet & Groves, 2003; Grant, et al., 2003).

En este trabajo, los sucesos de vida se consideran como una variable vinculada con el nivel socioeconómico. Existe evidencia de la asociación de un mayor número de sucesos estresantes en poblaciones con nivel socioeconómico bajo y presencia de psicopatología

(Compas, et, al 1998; Plunkett et, al, 1999, 2000); con percepción de pobreza o de apuros económicos (Wadsworth & Compas, 2002; Wadsworth, Raviv, Compas & Connor-Smith 2005); por lo que ambas variables se consideran un factor de riesgo para el desarrollo armónico de los adolescentes. Sin embargo, también se ha observado que la percepción de dichos sucesos puede ser un factor que puede cambiar los resultados en términos de adaptación. Esto permite entender por qué algunos adolescentes, a pesar de que viven en condiciones de pobreza o un nivel socioeconómico bajo, son capaces de mostrar adaptación positiva a pesar del riesgo, y por tanto ser resilientes (Compas, et al., 1993; 1995).

Todos los sucesos mencionados pueden ser de diversa naturaleza por lo que se han señalado algunos marcadores de riesgo a *nivel personal*, como estresores físicos, derivados de condiciones biológicas u orgánicas, o estresores cognitivos, implícitos en cualquier proceso cognitivo, tales como creencias, ideas, pensamientos irracionales respecto a sí mismo y/o a su entorno (Compas, et al., 1995).

Otros marcadores de riesgo se ubican a *nivel medioambiental* y están definidos a partir de interacciones sociales provenientes de factores proximales, como la familia y los distales, denominados *estresores sociales*, básicamente de orden social, económico y cultural, como el ingreso, las condiciones de la vivienda y/o del barrio o colonia en la que se vive y las redes sociales en la comunidad (Garmezy 1991; Larson & Ham, 1998; Plunkett, et al., 2000; Werner, et al., 1992).

A pesar de que muchos adolescentes no experimentan sucesos estresantes mayores, se enfrentan de manera constante con sucesos que pueden representar fuentes de presión, como la pobreza o la presión económica. Harris, et al (1986) mencionan que los acontecimientos que representan una amenaza para el individuo de manera constante terminan por asociarse con problemas psicológicos e incluso de salud física. La asociación de muchas adversidades de manera crónica aumenta el poder de los estresores menores o agudos. Esto se ha denominado “bola de nieve”, concepto que parece similar al que plantea Rutter (1987) dentro de la literatura de la resiliencia, cuando se refiere al *riesgo en cascada*.

La frecuente activación del sistema de lucha-huida como respuesta a la percepción de amenaza, termina por desgastar el sistema de “defensa” del organismo, de tal manera que va perdiendo su capacidad de adaptación.

Tal es la importancia de las experiencias de vida estresantes en el desarrollo de los adolescentes, que la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004) señala que la acumulación de estrés psicosocial a lo largo de la vida, incrementa el riesgo en la salud

integral, en tanto que contribuye a que disminuya la calidad de la salud e incluso porque puede acrecentar la probabilidad de muerte. Es por ello que su estudio forma parte de los objetivos del presente trabajo.

Medición del estrés

Existen múltiples instrumentos de evaluación del estrés en el campo de la resiliencia, pero en este apartado sólo se describen algunos de los que se reportan con mayor frecuencia.

Uno de los primeros instrumentos de evaluación del estrés en niños y adolescentes fue la Social Readjustment Scale desarrollada por Coddington (1972a), en sus cuatro versiones (30 eventos para preescolar, 36 para primaria, 40 para secundaria, y 42 para preparatoria), para determinar la asociación entre el significado de los sucesos de vida y la presencia de diversos trastornos en niños y adolescentes de manera independiente, a pesar de enfocarse solo en los estresores y en las evaluaciones indirectas de padre y maestros, ha sido retomada en algunas investigaciones en resiliencia además de que ha sido la base para la elaboración de otras formas de evaluación.

El Adolescent Perceive Events Scale -APES- elaborada por Compas (Compas, et al., 1987) es una escala de uso frecuente en las investigaciones de resiliencia (Compas, et al., 1989; Connor-Smith, et al., 2004). Es una medida de autoreporte de 164 eventos mayores y cotidianos, que evalúa los eventos de vida acontecidos dentro de los últimos doce meses con base en el modelo transaccional, tanto de Lazarus como de Moos. Su escala fue elaborada a través de la realización de cuatro estudios, a fin de probarlos en adolescentes de diferentes rangos de edad (preadolescentes de 12 a 14 años y adolescentes de 15 a 17 años de edad). Partieron de la evaluación de los eventos cotidianos, así como de una lista de eventos mayores, considerados como positivos y negativos en estudios previos (p.e. Coddington, 1972a, 1972b; Lazarus, et al., 1991).

Otro instrumento reportado en estudios de resiliencia es el Life Stress Questionnaire. Se trata de una escala con 9 ítems tipo Likert, que investiga la ocurrencia del evento y el nivel de impacto del mismo en el adolescente que incluye nueve estresores de vida en una escala de 4 puntos, que va de 1= para nada estresante, a 4= muy estresante. Ha sido utilizada en varios estudios sobre estrés, presiones económicas, afrontamiento y desenlaces adolescentes (p.e. Wadsworth, et al., 2002, 2005).

El Inventory of High School Students Recent Life Experiences es un instrumento para adolescentes adaptado por Kohn y Milrose, (1994) para estudiantes de preparatoria, que identifica sucesos estresantes ocurridos a un adolescente durante los últimos 12 meses.

Entre los instrumentos más importantes para evaluar estrés y familia desde la perspectiva del adolescente se encuentra el Adolescent-Family Inventory Life Events A-FILE- de McCubbin, Patterson, Bauman y Harris, que está constituido por 54 items que exploran básicamente los eventos de vida y cambios familiares ocurridos en un año (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1982). Ha sido utilizado en varios estudios sobre estrés y resiliencia (Plunkett, et al., 1999, 2000).

En población mexicana se han desarrollado algunos instrumentos, como la Escala de Estrés Psicosocial (González-Forteza, et al., 1998), que se derivó de la exploración del concepto de estrés por parte de los adolescentes.

El Cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003) es otro instrumento que evalúa la percepción del adolescente con respecto a diversos eventos que se presentaron en el último año, en siete áreas: familiar, social, personal, salud, logros y fracasos, escolar y problemas de conducta. Los ítemes se presentan en una escala que mide el impacto del evento desde la perspectiva del adolescente: fue negativo, positivo, no fue importante, o no ocurrió. Su objetivo central es identificar algunas situaciones estresantes que ha vivido el adolescente y su asociación con la presencia de problemas emocionales o de salud que requieran la asistencia profesional. Se ha utilizado en algunas investigaciones sobre estrés y su relación con problemas emocionales como depresión y suicidio (Lucio, et al., 2003; Lucio, et al., 2005; Lucio, et al., 2004).

Se puede decir que en el campo de la resiliencia, el estrés se evalúa de diversas formas que pueden ir desde largas listas de eventos, hasta el uso de unos cuantos reactivos. Algunos instrumentos son multidimensionales, los reactivos que los integran se agrupan en torno a diferentes áreas o aspectos de la vida de los jóvenes, dando lugar a distintos factores que permiten evaluar de manera general, a la vez que identificar de manera específica, el impacto de los eventos de vida en distintas dimensiones. Por ejemplo, se puede evaluar la presencia de eventos estresantes que tienen fuentes externas como la familia, la escuela, el ambiente social (pares, amigos), así como otros más que tienen que ver con situaciones personales del adolescente. Asimismo pueden incluir en la evaluación solo un tipo de evento aunque hay investigaciones que incluyen tanto eventos de vida mayores como cotidianos así

como su valoración subjetiva (Compas, et al., 1987; Compas, et al., 1995; Boden, et al., 2007).

A pesar de que existen múltiples formas de evaluar el estrés, la elección de las mejores medidas no es una tarea fácil, ya que implica una visión de conjunto de diversos aspectos teórico-metodológicos. Una guía importante sin duda alguna la ofrece la vasta literatura que reporta la evidencia empírica dentro de un marco referencial determinado. También hay que considerar importante el tipo de estudio, población y contexto en el cual se desarrollará la investigación. Cuando se utilizan instrumentos estructurados, es fundamental tomar en cuenta sus propiedades psicométricas, sin embargo, pueden ser irrelevantes, si no han sido utilizados en otros ámbitos culturales, por lo que es conveniente evaluar su pertinencia en una población determinada.

Evidencia empírica

En los estudios pioneros sobre los *sucesos de vida* estresantes en la niñez y adolescencia, Coddington (1972a, 1972b) reporta que los niños dan un significado diferente a los sucesos que los adolescentes y que existen más sucesos estresantes durante la adolescencia que en la infancia. Sus datos indican que los adolescentes están más expuestos a sucesos de vida negativos que pueden ser estresantes, lo que los hace más vulnerables. Entre los sucesos más estresantes en la adolescencia puntuaron los conflictos familiares, el inicio de la sexualidad, la pérdida de un amigo o de la pareja, sufrir una enfermedad prolongada, entre otros, mismos que estuvieron asociados con alteraciones de la salud.

Coleman, Friedman y Burright (1998) asocian la valoración subjetiva de los sucesos con diferentes trayectorias adolescentes. Muestran una correlación positiva entre percepciones negativas y problemas de adaptación o reacciones disfuncionales ante los sucesos de vida. Entre las reacciones disfuncionales mencionan la presencia de sensaciones y emociones negativas, que pueden ir desde el enojo, tristeza, ansiedad, hasta ira, rabia, depresión, fobias sociales, que suelen ir acompañadas con manifestaciones conductuales y/o fisiológicas, tales como aumento de la tasa cardiaca, llanto, morderse las uñas, sudoración excesiva, enrojecimiento de la piel, e incluso problemas de salud como trastornos alimentarios, neurodermatitis, problemas gastrointestinales, cardiopatías, entre otros.

El impacto del estrés en la salud física y emocional cuando los adolescentes perciben situaciones como amenazantes, y la existencia de mediadores internos de tipo cognitivo y

emocional, se muestra en un estudio realizado por Connor-Smith, et al (2004), al evaluar la reactividad de los adolescentes ante sucesos considerados como estresantes. Observó que el estrés se manifestó como una respuesta generalizada que involucró alteraciones o reacciones fisiológicas, que fueron acompañadas (generalmente como antecedentes) de procesos cognitivos de evaluación negativa de la situación que dio como resultado desenlaces negativos como alteraciones a nivel fisiológico.

Con respecto a la asociación entre algunas variables personales, como la edad y el sexo, con otras psicosociales, como el nivel socioeconómico y el estrés, se reporta que éstas pueden ser un moderador entre el riesgo, el desencadenamiento del estrés y los desenlaces, por lo que pueden ser considerados factores que pueden amplificar o amortiguar el riesgo o estrés para el adolescente (Compas 1987b, 1989; Seiffge-Krenke, 1993)

En relación a diferencias por edad, Kohn, et al (1994) encontraron que en la etapa de la preadolescencia, entre los 13-15 años, los sucesos en general resultan ser más impactantes, que en una etapa posterior, entre los 16 y 18 años. Indican que un adolescente en la fase inicial no tiene, los mismos recursos de afrontamiento que un adolescente mayor, por lo cual los adolescentes más jóvenes suelen ser particularmente más vulnerables al estrés como se había sugerido con anterioridad (Patterson & McCubbin, 1987).

Dichos resultados coinciden con los observados por Seiffge-Krenke (1998) en población germana, quien señala que la edad es un factor que contribuye a aumentar o disminuir el grado de vulnerabilidad al estrés. Explorando el estrés vital, que se deriva de los sucesos normativos como resultado de los cambios y experiencias de vida implícitas en las tareas del desarrollo, observó que los preadolescentes de 13 a 15 años que se encuentran experimentando más cambios de vida son más vulnerables a reaccionar con estrés ante diversos sucesos, por lo que están más propensos a sufrir accidentes que los adolescentes de una etapa tardía que ya no están atravesando por tantos cambios.

Para el estudio de la vulnerabilidad emocional, Larson, et al (1998) compararon preadolescentes entre 13 y 15 años y adolescentes “jóvenes” de 16 a 18 años, reiterando que la edad es una variable moderadora del estrés ante diversos tipos de sucesos. Reportaron que los preadolescentes tienden a reaccionar más a los sucesos cotidianos o actividades “inmediatas” y parecen ser menos sensibles a los sucesos mayores. Por el contrario los adolescentes propiamente dichos, reaccionan más en función de lo que les pasó “ayer” o lo que podrá suceder “mañana”. Concluyeron de manera preliminar, que la vulnerabilidad emocional, particularmente los afectos negativos, no tienen un precedente

causal en los sucesos negativos apoyando resultados anteriores que demuestran que otra variable importante es el afecto o el estado de ánimo de los adolescentes, por lo que afectos negativos pueden preceder a la percepción de sucesos negativos, los cuales suelen estar asociados con desenlaces negativos como la depresión.

Cuando el análisis se centra en el rol de género, se le observa como una variable moderadora que interviene en cómo son percibidos, vividos y manejados algunos sucesos de vida. Ciairano, Menna, Molinar y Sestito (2009) encontraron que las mujeres tienden a percibir mayor nivel de estrés hacia el futuro así como en sus relaciones presentes. En particular, las mujeres de mayor edad quienes se preocupan aún más por su futuro. Señalan que esto varía de cultura a cultura y parece obedecer a influencias de la educación, de los contextos sociales y en general a una serie de condicionamientos por el modo de vida y por el tipo de habilidades que se van desarrollando en uno y otro sexo, como lo muestra su estudio al comparar a muchachos del norte y del sur de Italia.

En un estudio realizado por Guillock y Reyes (1999) sobre la percepción de los eventos de vida y apoyo social, los hombres reportan en promedio mayor exposición a sucesos de vida negativos, en comparación a las mujeres; aunque éstas tienden más a calificarlos como negativos, mientras que para los hombres son indiferentes.

Plunkett, et al (2000) en sus estudios de familias con crisis económicas encontraron que las muchachas tienden a informar mayor número de sucesos negativos que los muchachos, lo que no significa necesariamente que ellas efectivamente estén más expuestas que los hombres a dichos sucesos. La diferencia se atribuye a que las muchachas tienden a expresar de manera más abierta sus emociones y problemáticas, lo cual muestra una relación positiva con la mayor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento activas para lidiar con los efectos de los estresores.

Waschbusch, Sellers, LeBlanc y Kelly (2003), también observaron diferencias de género al comparar hombres y mujeres adolescentes con ansiedad, y los estilos de percibirse a sí mismos como inútiles o incapaces. Indican que la sensación de inutilidad está correlacionada no sólo con ansiedad sino también con depresión, en donde los hombres presentan una mayor tendencia a asociarla con sucesos negativos en sus vidas. A los hombres parece afectarles más que a las mujeres el autoconcepto negativo, en términos de sentirse poco hábiles o inútiles.

Parte de estos hallazgos son confirmados en estudios con adolescentes escolares mexicanos (González-Forteza, et al., 1997, 1998) así como en muestras clínicas de

adolescentes. Lucio y colaboradores (Lucio, Barcelata & Durán, 2001; Lucio, Barcelata et al., 2004; Lucio, León, et al., 2001) reportan que los adolescentes escolares tienden a contestar a mayor número de ítems relacionados con experiencias positivas en diferentes dimensiones de su vida (p.e. familiar, escolar, social), mientras que los adolescentes con problemas emocionales o de conducta reportan mayor número de sucesos negativos, gran parte de ellos relacionados con la familia, en particular el grupo de las mujeres, no obstante, se ha observado que esta tendencia puede variar en función del nivel socioeconómico. Las chicas manifiestan más sucesos estresantes en comparación con los chicos, lo cual se atribuye a factores de tipo cultural, que permiten mayor expresión de emociones y necesidad de apoyo por parte de las mujeres. También perciben más sucesos estresantes familiares, mientras que los hombres más sucesos sociales lo cual se asocia a mayores niveles de malestar emocional relacionados con problemas de conducta. Estos datos son similares a otros más recientes (Arenas, Durán & Heredia, 2008) que muestran que el estrés familiar correlacionó de manera significativa con el sistema parental, en cuanto a dificultades y problemas de salud entre los padres, los cuales a su vez correlacionaron con estrés social.

Respecto al rol de diferentes tipos de sucesos, Compas, et al (1989) observaron que los sucesos *cotidianos* como por ejemplo las *presiones económicas*, son mediadores de los sucesos mayores. En este estudio, el estatus socioeconómico de la familia estuvo determinado por la educación, la ocupación, el género y el estado civil. Encontraron que los sucesos menores o contrariedades cotidianas, están más asociados a desenlaces negativos en niños y adolescentes que los sucesos de vida mayores y que la reacción al estrés también puede estar mediada por el afrontamiento, tanto de los niños como de sus padres, variable que se analizará más adelante. Estos datos son consistentes con los resultados reportados como producto de un meta-análisis realizado en el estudio de Grant, et al (2003) sobre los sucesos estresantes como marcadores y mecanismos de riesgo en la psicopatología de los adolescentes.

Otros estudios (Lucio, et al, 2005; Hernández & Lucio, 2006) indican que el suicidio se encuentra asociado al estrés. Se investigó básicamente con poblaciones escolares, encontrándose que muchos adolescentes tenían ideación suicida, que reportaban mayor número de sucesos de vida negativos que los adolescentes sin depresión o ideación suicida y que la problemática estaba relacionada con conflictos familiares y relaciones con los pares, en particular de tipo amoroso.

Estudios más recientes sobre resiliencia, (Barrett & Turner, 2005; Fergusson, et al., 2000, 2003) reportan la existencia de diversos aspectos que pueden ser consideradas variables a *nivel individual, familiar, escolar y social*, que participan en el proceso vulnerabilidad-resiliencia al estrés. El carácter multifactorial de dichos estudios ha hecho que se consideren representativos en el campo de la resiliencia. Reportan que sucesos mayores o críticos, como el abuso sexual o la presencia de sucesos cotidianos, como la violencia intrafamiliar y las dificultades económicas durante la adolescencia, logran mayor significancia incrementando el riesgo suicida, en particular cuando éstas últimas se presentan de manera crónica, como también ha sido referido por Cicchetti, et al (2006).

Varias investigaciones sobre suicidio reportan el impacto negativo de los sucesos no normativos, de naturaleza tanto aguda como crónica, sobre los desenlaces adolescentes (Everall, et al., 2006; Fergusson, et al., 2003). Los estudios constatan que la exposición a un trauma en la infancia, puede incrementar la vulnerabilidad a la conducta suicida u otro tipo de problema como depresión en etapas posteriores como la adolescencia.

Los hallazgos de investigación ilustran la complejidad del estudio del estrés para el establecimiento de trayectorias que tienen como desenlaces los extremos de la adaptación en condiciones de adversidad o presencia de estrés.

Es posible observar que algunos marcadores de riesgo están básicamente en términos de variables personales, mientras que otros son de tipo contextual o ambiental, dentro de los cuales los sucesos de vida ocupan un papel importante. Numerosos estudios con adolescentes suelen atribuir los efectos negativos de los sucesos de vida, a la combinación e interdependencia de diversas variables lo que implica la exploración de relaciones complejas entre numerosas variables de diversos sistemas ecológicos proximales y distales como la familia, la escuela, los pares y el contexto socioeconómico como se ha planteado anteriormente (Rutter, 1987; Sameroff & Rosenblum, 2006).

La acumulación de sucesos de vida y las contrariedades cotidianas, incluidas las experiencias normativas del desarrollo, así como sucesos no normativos y estresores crónicos, como vivir en una zona de bajo nivel socioeconómico representan un riesgo significativo para el desarrollo adolescente.

Con base en los planteamientos previos se consideró necesario evaluar los sucesos de vida de manera integral a lo largo de diferentes dimensiones de la vida del adolescente, con el fin de determinar cuáles y qué tipo de estresores están involucrados en los procesos adaptativos en contextos de pobreza.

En el siguiente apartado se hacen algunas consideraciones sobre la pobreza o experiencias de adversidad económica como una variable contextual de tipo distal; considerada por la literatura como un marcador de riesgo significativo, por su potencial para generar estrés crónico, así como por su asociado a sucesos de vida negativos, relacionados con desenlaces negativos durante la adolescencia.

Pobreza, estrés y desarrollo adolescente

*“...el estrés crónico en la vida de los adolescentes incluye la pobreza...”
(Grant & Compas, 2003, p. 447).*

Se afirma que las crisis económicas recurrentes han influido en la inestabilidad y caída del ingreso familiar, lo que ha generado que los miembros de las familias se movilicen para aumentar su capacidad económica.

Datos de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2008) y Organización Mundial de la Salud – OMS- (WHO, 2008) muestran que en México el 17.8 % de la población total está por debajo de la línea de pobreza nacional y que por ejemplo, la población rural representa un 27.9%; que el coeficiente de la brecha de pobreza es del 1.4, que la tasa de desempleo total en jóvenes es del 40.5%, lo que da una idea de las condiciones de limitación económica en las que se circunscribe el desarrollo de los adolescentes.

Esta situación ha generado algunos cambios en la organización de la sociedad que se refleja, por ejemplo, en la mayor participación de la mujer en el gasto familiar, y un decremento en el caso de los hombres, con una responsabilidad económica compartida, o dando como resultado desempleo y migración, con consecuencias psicosociales para todo el sistema familiar.

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares en México (INEGI, 2005a) señala que de 1992 a 2004 se nota una transición del nivel de productividad económica de la mujer fuera del hogar mostrando un incremento del 33 % al 40%. También se aprecia un aumento en la participación en la economía familiar de los hijos a edades muy tempranas (cuando logran insertarse en el mercado laboral), en grupos en desventaja económica o pobreza (Brewer, 2003). Lo que en conjunto ha traído como consecuencia cambios en la organización y dinámica de la familia, lo cual se encuentra relacionado con incremento de fuentes de estrés en la familia y en los adolescentes.

La pobreza ha sido reconocida como un fenómeno amplio y de carácter multidimensional que abarca o trasciende a varias esferas de la vida de una persona. Las consecuencias de ser pobre o tener limitaciones económicas afectan las oportunidades, por ejemplo, de vivienda, alimentación, educación, salud y esparcimiento. La pobreza y la calidad de vida están relacionadas, en tanto que la primera afecta a la segunda, y como consecuencia la calidad de vida y posibilidades de desarrollo de las personas (Boltvinik 2004).

Desde la óptica de la resiliencia, la pobreza puede ser considerada como un aspecto tanto del macrosistema como del microsistema, por la gran cantidad de estresores que se le asocian, con el consecuente impacto negativo que se ha reportado sobre la salud física y emocional de las personas, en especial de los niños y adolescentes (WHO, 2004; 2007a).

El significado de la pobreza

De acuerdo a la Real Academia Española (Boltvinik & Hernández, 1999) la pobreza está determinada como una necesidad, estrechez o carencia de lo necesario para el sustento de la vida. No obstante, dentro de las ciencias sociales y de la salud, al concepto se le han dado diversas connotaciones, en función del marco en el que se circunscribe.

Para la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004) la pobreza es la carencia de recursos sociales y educativos que derivan en carencias económicas que limitan el desarrollo de las personas.

La pobreza se ha examinado con base en varios puntos de vista, el más frecuente es el económico que retoma la pobreza en términos de ingresos y el cual marca tres grandes aproximaciones al concepto de pobreza.

Desde una perspectiva del “*tener*” y *del ingreso*, una persona es pobre sólo cuando su nivel de ingreso es inferior a la línea de pobreza que se ha definido. Desde esta perspectiva la pobreza implica tener menos que un grupo de referencia, lo cual también podría ser equiparado con desigualdad.

Este tipo de definición refleja una postura relativista de las necesidades asumida por Townsend (citado por Boltvinik, et al., 1999), que parte de la naturaleza cambiante de las necesidades. Para resolver el asunto de la “relatividad” es importante relacionar la suficiencia de recursos con el incremento o disminución media de los ingresos reales, lo cual según

Boltvinik, resulta restringido, ya que la pobreza no puede percibirse evaluando solamente el ingreso promedio.

De acuerdo a algunos planteamientos (Palomar & Cienfuegos, 2006; Valdini, 2001) esta perspectiva puede ser útil cuando se mide de manera objetiva y “simple” la pobreza y cuando uno de los indicadores utilizados es el nivel de ingreso, aunque resulta limitada cuando se trata de entender la relación entre pobreza, desarrollo humano, bienestar psicológico y adaptación, uno de los objetivos de la presente propuesta de investigación.

Otra definición alude a la *pobreza en términos de capacidades*, para hacer referencia a la ausencia de ciertas capacidades básicas para funcionar adecuadamente, así como la carencia de la oportunidad para funcionar de manera aceptable con referencia a un parámetro social, lo que implica estar bien nutrido, estar vestido y vivir de manera adecuada (Edualter, 1997).

Una tercera concepción de pobreza se centra en la *privación* de los *medios materiales aceptables* para cubrir las necesidades humanas, y reconoce la necesidad de empleo, por lo que el desempleo es una variable asociada que puede ser tomado como indicador de pobreza. Esta definición elaborada con base en el enfoque de *desarrollo centrado en las personas*, conlleva a la revisión de conceptos tales como necesidades y satisfactores. Max-Neef, Elizalde y Hopenhayn (1986), señalan que la necesidad implica la *sensación de falta de algo*. Estas necesidades son las que motivan y movilizan a las personas a conseguir los recursos para la satisfacción de las mismas.

De esta manera los satisfactores ocupan un papel central en la dinámica de la pobreza, ya que mientras las necesidades pueden ser universales y atemporales, los satisfactores (bienes y servicios) son establecidos en función de un grupo sociocultural de referencia, aunque pueden ser cambiantes de persona a persona (Guthrie, et al., 2002). Por tanto, el concepto de pobreza a partir sólo de conceptos económicos como el ingreso podría resultar limitado, por lo que esta aproximación parece ser más útil cuando se estudia su relación con el desarrollo en adolescentes.

Cuando se habla de pobreza, regularmente implica la comparación de una persona, una familia o un grupo (Boltvinik, et al., 1999: 31), que generalmente “obliga” a tomar un parámetro, con el fin de definir y comparar una situación observada y un estándar. La pobreza es la falta de las “cosas” que son menester para la conservación de la vida, no es lo superfluo, pero también es una situación de la cual es imposible sustraerse y de la cual tiene poco control la persona.

En el marco de la resiliencia, la pobreza es un fenómeno multidimensional relacionado al bienestar material, social y psicológico de las personas (Garmezy, 1991; Luthar, 2006; Owens & Shaw, 2003; Rutter, 1984; Werner, et al., 1992). Por ello la pobreza se asocia al desarrollo humano, ya que implica la privación de las condiciones en las que se encuentran los individuos o una comunidad determinada. La falta de recursos o reducción de las ventajas limita la posibilidad de un desarrollo humano integral, si se considera al desarrollo humano como un proceso, a través del cual una persona amplía y fortalece sus propias potencialidades en función de su bienestar integral. En este sentido, se pueden suponer limitaciones en el desarrollo de los niños y adolescentes por las condiciones en las que viven, que traspasan por generaciones.

Aunque se coincide en que la pobreza es un fenómeno con varias aristas, que puede ser tan relativa como la percepción misma de las personas, para el propósito de este estudio, y en tanto es una variable que contextualiza a la población de estudio, el *nivel socioeconómico* –NSE- es utilizado como la base para la evaluación de la pobreza como una condición de riesgo, desde una perspectiva “objetiva” y por tanto definida como un riesgo potencial para el desarrollo adolescente como lo plantea la literatura (Garmezy, 1993a; Luthar, 1991).

Dicha visión de la pobreza implica una perspectiva económica y una evaluación “objetiva” ya que conjunta algunos de los aspectos centrales incluidos por las otras definiciones, que consideran el ingreso, el empleo, la ocupación y la escolaridad, así como la calidad de la vivienda, asociadas a la escasez o limitación de los recursos materiales para acceder a condiciones de vida que provean de bienestar económico, social y psicológico.

Pobreza y desenlaces adolescentes

Los modelos del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987; Brooks-Gunn, Duncan & Manitato, 1997; Cauce, Stuart, Domenech, Cochran & Ginzler, 2003; Conger & Conger, 2002; Garmezy, 1991; Grotevant, 1988; Rutter, 1985) afirman que la pobreza representa una situación de riesgo significativo, en la cual intervienen factores proximales y distales.

Especialmente los estudios sobre psicopatología del desarrollo y resiliencia con base en el modelo denominado transaccional (Felner, 2000; Felner, Aber, Primavera & Cauce, 1985; Sameroff & Seiffer, 2002), han enfatizado la conveniencia de enfocarse en el desarrollo de adolescentes que viven en condiciones de pobreza, por la serie de factores

relacionados con los desenlaces negativos. Proporcionan evidencia de que los ambientes familiares en desventaja socioeconómica, a la vez se ligan a desventajas cognoscitivas, educativas, de desarrollo personal y social de las familias y sus miembros, que se pueden perpetuar a través de generaciones (Garmezy, 1993).

Al respecto Arrington y Wilson (2000) señalan que en el estudio de la resiliencia es importante distinguir entre riesgo y vulnerabilidad, ya que el primero parece estar más relacionado con situaciones y grupos, mientras que el segundo hace referencia a individuos. En este sentido, el bajo nivel socioeconómico o el vivir en condiciones de pobreza ha sido catalogado como factor de riesgo por su relación con algunos problemas psicosociales que pueden representar un riesgo para los adolescentes.

Con base en los modelos teóricos de protección del estrés y retomando los planteamientos de Gore, et al (2000) respecto al estrés y resiliencia, se ha observado que cuando no existe una variable mediadora que amortigüe el efecto de la pobreza, considerada como fuente de estrés, hay una relación substancial entre el riesgo y desenlaces de adaptación disfuncionales, no obstante, hay quienes logran una adaptación positiva, por lo que es de interés en el ámbito de la resiliencia.

Seiffge-Krenke (1998) advierte que la pobreza crea una amenaza potencialmente peligrosa para el desarrollo adolescente que incrementa el riesgo para la disfunción psicológica. La presencia de estresores económicos de manera crónica, pueden generar altos niveles de estrés y desenlaces negativos que representan esfuerzos “fallidos” de adaptación en los adolescentes (Felner, 2000).

Garmezy (1993a) con anterioridad ya subrayaba la importancia de la pobreza en el surgimiento de discontinuidades en el desarrollo infantil y del adolescente como un factor relacionado con otra serie de variables que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de los individuos. Menciona que la pobreza puede ser pensada en términos de un solo evento estresante o “gran estresor”, o como la acumulación de varios eventos estresantes. Dentro de la pobreza, las situaciones familiares y medioambientales suelen presentar sucesos negativos, que potencialmente pueden aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes, haciendo que se inserten en un círculo o cadena de acontecimientos adversos que impactan en varias dimensiones de su vida en su presente y futuro.

A partir del *modelo de riesgo acumulativo* de Rutter (1987, 2002) que plantea el concepto de “riesgo en cascada”, así como del concepto de “pila de demandas” de McCubbin, et al (1983), o el de “bola de nieve” de Harris y colaboradores (1986), la pobreza

puede ser considerada un factor de riesgo en cascada ya que a ella se van adhiriendo otra serie de factores asociados a la falta de recursos económicos para cubrir las demandas de la familia y sus miembros. Estas carencias cuando son continuas hacen que la *pobreza* pueda ser conceptualizada como un suceso mayor, un *estresor crónico o acumulación de riesgos*, cuyas consecuencias pueden expresarse en un aumento de la vulnerabilidad, un funcionamiento psicosocial limitado o incluso alterado en los adolescentes (Cauce, et al., 2003; González-Forteza, et al., 1998; Luthar, 2003; Seidman, et al., 2003).

El modelo de Rutter (1987) considera la pobreza como un factor de riesgo para la crianza, las redes sociales y la comunidad dentro de la cual el adolescente y la familia se encuentran inmersos. El impacto negativo de la inestabilidad socioeconómica sobre la conducta de los padres, se convierte en un mediador primario del efecto de la pobreza en los desenlaces en infantes y adolescentes.

Conger, Conger y Elder (1997) estiman que la pobreza en términos de ingreso económico, aunque vinculada con alteraciones en las trayectorias de los adolescentes, no es el único factor que conduce al desajuste emocional; es la percepción de apuros económicos lo que puede crear presiones diarias y conflictos familiares, los cuales a su vez influyen de manera directa o indirecta en la vida de los adolescentes.

A partir de la teoría del estrés parental, Mayer (1997) sostiene que la pobreza es un estresor indirecto para los adolescentes, ya que el estrés ocasionado por las preocupaciones constantes de dinero, disminuye la habilidad de los padres de apoyar y ser consistentes e involucrarse con sus hijos. Se plantea que el bajo ingreso afecta a los niños no por la falta de dinero en sí, sino por las consecuencias sobre la dinámica familiar en general y al decrementar la calidad de las relaciones padres-hijos. Asimismo, se plantea que la inequidad económica, puede disminuir las oportunidades de éxito lo cual está asociado a la baja escolaridad, lo que a su vez se relaciona con menos oportunidades de empleo, bajo ingreso hasta completar un círculo que limita a la familia y al adolescente como lo mencionaba Garmezy (1993b).

Yates, et al (2003) apoyan dichos argumentos y plantean que a pesar de que el estatus socioeconómico por sí mismo es un pobre indicador de adversidad temprana porque existen una serie de mediadores tanto personales como ambientales (especialmente la familia) continúa siendo un correlato poderoso de múltiples factores de riesgo asociados a la "pobreza" e involucrados en la adaptación de los adolescentes.

Según Ebata, et al (2002), los resultados que indican a la pobreza o adversidad económica como un riesgo por sus consecuencias negativas sobre los adolescentes son consistentes, es por ello que se considera que los niños y adolescentes son resilientes con base principalmente en dos criterios: el primero es que tienen que haber estado o estar bajo una condición de riesgo significativo como la pobreza, y segundo, que tienen que presentar adaptación positiva en función de una norma.

Owens y Shaw (2003) coinciden en que hay factores potencialmente asociados a la adaptación social y conductual entre los niños y adolescentes en situación de pobreza, sin embargo, hay relativamente pocos estudios que se hayan orientado a identificar patrones resilientes en estos grupos, no obstante, los realizados identifican a la pobreza como riesgo psicosocial. Para los autores, la pobreza es concebida como situación de adversidad, ya que puede implicar una serie de condiciones y sucesos de vida cotidianos que pueden adquirir calidad de estresores mayores, dada su cronicidad, lo cual puede limitar las posibilidades de desarrollo en la infancia y la adolescencia.

En resumen, considerando la dimensionalidad del estrés, los estresores no tienen que ser mayores para generar problemas emocionales, sino que también los estresores cotidianos pueden producir suficientes niveles de estrés como para generar problemas de adaptación, el vivir en condiciones de pobreza puede ser considerado un estresor mayor, dada su duración y cronicidad, lo que amerita una evaluación global de la misma.

Medición de la pobreza

Independientemente de las definiciones de pobreza (pobreza marginal, pobreza extrema, condición de pobreza) y de los indicadores que se utilicen para evaluarla, existen consenso de que el nivel socioeconómico -NSE- está relacionado con el estatus de salud de las personas, y que los niveles sociales económicamente desprotegidos se asocian a la presencia de mayor nivel de trastornos psicológicos y severidad de los mismos a lo largo del ciclo vital (Elgar, et al., 2003; Garmezy, 1991; Ortiz, 2008; Werner, et a, 1992).

De acuerdo con Smith (1999), el nivel o estatus socioeconómico es de naturaleza multidimensional, por lo que puede ser medido en términos objetivos y subjetivos, también puede ser acotado por la combinación del ingreso, educación y ocupación de la cabeza de familia. Con estos indicadores se han desarrollado varios instrumentos de medición y se ha evaluado el nivel socioeconómico y nivel de pobreza en estudios de resiliencia dentro del

enfoque de psicopatología del desarrollo (p.e. Compas, et al., 1989; Everall, et al., 2006; Luthar, 1991).

Valoración objetiva

En la literatura internacional se citan algunos indicadores como el Duncan Socioeconomic Index -Índice Socioeconómico de Duncan- y el Hollingshead Two-Factor Index of Social Position -Índice de Posición Social Bifactorial de Hollingshead-, los cuales se obtienen a través de la aplicación de sendos cuestionarios, aunque también se utilizan reactivos específicos como indicadores de nivel socioeconómico (p.e. Brooks-Gun, et al., 1987; Wadsworth, et al., 2002).

En México, para la evaluación de la pobreza se utilizan algunos marcadores o indicadores como el ingreso familiar, ocupación y escolaridad de los padres, características de la vivienda, o el grado de hacinamiento, definido por el número de personas que viven por habitación (CECOSMAN, 2008; CONAPO, 2005). Asimismo, han sido retomados los criterios de la Comisión Económica para América Latina y del Caribe –CEPAL- (2007) con base en indicadores monetarios y poder adquisitivo que han definido las “líneas de pobreza”. El indicador denominado “canasta básica” delimita la pobreza en términos de la posibilidad de acceder a productos o alimentos básicos para la supervivencia de las personas. Cuando no se cuenta con los ingresos o recursos monetarios suficientes para cubrir sus necesidades de alimentación, en función de dicha canasta básica, se puede decir que se es pobre. No obstante, estos indicadores generales son variables, ya que generalmente se desarrollan marcadores específicos que pueden variar por país, ciudad y región, en función del propósito de los estudios sobre pobreza.

La ONU (2008) ha establecido un parámetro general monetario cuyo indicador es el ingreso al día, referido en dólares, para establecer no sólo el nivel de desarrollo de un país o región, sino para evaluar el nivel y porcentaje de las personas pobres. El ingreso menor de un dólar al día representa dificultades económicas significativas para las personas las cuales pueden ser ubicadas en la línea de pobreza.

A pesar de las limitaciones que pueda tener el NSE para evaluar condiciones de pobreza, porque se trata de una variable descriptora más que explicativa, el considerarlo como punto de referencia parece adecuado dado que con frecuencia es utilizado como una variable de selección de los participantes o como una variable control en los estudios de

resiliencia con adolescentes. Asimismo, se reconoce que a menudo el NSE se relaciona con diferencias en una gran gama de desenlaces en niños y adolescentes, dado que tiene lugar en un amplio contexto en el cual pueden presentarse varios estresores económicos, asociados a condiciones de pobreza o presiones económicas y relacionadas con diferentes riesgos.

Brooks-Gunn, et al (1997) señalan que algunas imprecisiones del concepto han originado que el nivel socioeconómico se equipare al ingreso, por lo que ha sido cuestionado como una medida adecuada de pobreza, ya que el nivel socioeconómico está conformado por otras dimensiones de empobrecimiento, lo cual lo hace más equiparable, las cuales, a su vez, pueden afectar la propia seguridad de los adolescentes y sus familias, como por ejemplo, cuando se vive en una colonia de altos niveles de delincuencia o dentro de una familia en donde se vive el maltrato y abuso. El reconocimiento de la multidimensionalidad de la pobreza ha originado que sean considerados como *indicadores objetivos*, la escolaridad y la ocupación de los padres, así como los índices de delincuencia en una zona o barrio, o los índices de maltrato infantil y violencia intrafamiliar.

Se afirma que muchos niños y adolescentes presentan menores o bajos niveles de bienestar cuando enfrentan contradicciones o presiones económicas (Garmezy, et al., 1985), pero, aunque la pobreza es considerada como una condición de riesgo, hay quienes son capaces de adaptarse a dichas condiciones de manera positiva, resultando resilientes (Conger, et al., 1999), por lo que no basta con evaluar la pobreza a través de indicadores objetivos como los mencionados.

Con frecuencia se señala que la percepción del adolescente respecto a su entorno es central en la comprensión de la relación estrés-resiliencia. Este supuesto ha sido retomado por muchos de los estudios de resiliencia.

Valoración subjetiva

La integración de la subjetividad o evaluación del significado de la condición económica resulta ser igual o más importante que su evaluación objetiva. Conger, et al., (1997) señalan que la percepción de apuros económicos puede crear presiones diarias y conflictos familiares, los cuales a su vez influyen de manera directa o indirecta en la vida de los adolescentes. Aunque en sus estudios tomaron algunos indicadores objetivos del nivel socioeconómico como educación, estado civil e ingreso mensual de los padres, también

evaluaron las *presiones económicas percibidas* con el fin de probar un modelo mediacional entre ingreso, presiones, conflicto familiar por el dinero y estilos de crianza, evaluación del adolescente y desenlaces. Para ello utilizaron 3 reactivos “indicadores” ubicados en una escala de 5 puntos, por ejemplo, *1. dificultad de la familia para pagar sus cuentas cada mes, 2. el ingreso familiar nunca alcanza para pagar los gastos 3. hubo dinero al final del mes*. Sus estudios parecen ser los precursores de la medición de la evaluación subjetiva de la pobreza, como lo ilustran estudios posteriores (Guthrie, et al., 2002; Wadsworth, et al., 2005).

Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath y Kaemmer (1992) para la utilización conjunta o separada del MMPI-A, elaboraron un formato de Información Biográfica para Adolescentes, basada en una forma previa para adultos, que indaga datos sociodemográficos, estructura e historia familiar, el lugar de residencia y la ocupación de los padres, para poder identificar algunas variables familiares, sociodemográficas y su vinculación con trastornos emocionales.

Wadsworth (Wadsworth, et al., 2002, 2005) utilizaron tanto medidas objetivas de la pobreza en términos de NSE, como reactivos para medir la percepción sobre el ingreso familiar de los adolescentes y de sus padres respecto a su situación económica. Basados en los estudios de Conger (1997, 1999) elaboraron ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos que va de: 0= para nada, a 4=casi diario, ejemplos: *“no tenemos suficiente dinero para comprar ropa nueva; mis padres no tienen suficiente dinero para pagar las cuentas, nunca sobra dinero para divertirse en familia, no tenemos dinero para pagar una bonita casa”* (Wadsworth, et al., 2002, p. 253).

El Cuestionario de Estudiantes 2006 (Instituto Nacional de Psiquiatría –INP- & Administración Federal de Servicios Educativos del D. F. -AFSEDF-, 2006) también incluye la evaluación tanto de indicadores objetivos como subjetivos. Es un instrumento mixto dirigido a estudiantes de educación media y media superior, que explora el nivel de ingreso, ocupación y escolaridad, tanto del padre como de la madre, integra una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, nunca) que evalúa la percepción de los adolescentes con respecto al dinero, ejemplo, *“mi familia tiene suficiente dinero para”*: a) *comprar comida*, b) *pagar las cuentas*, c) *comprar ropa que necesitas*, d) *comprar útiles escolares*.

Otros instrumentos registran algunos indicadores como, ingreso familiar, tipo y calidad de la vivienda, tipo de servicios en donde se encuentra la vivienda, índice de hacinamiento, y otros recursos materiales para el desarrollo de las personas, como el Cuestionario

Sociodemográfico (Lucio & Meave, 2005; en Meave, 2008).

Dentro de la investigación en resiliencia se aprecia que se han introducido variaciones en la forma de evaluar las diferentes variables que pueden estar participando en los procesos de adaptación. Una de las formas que mejor resultado ha dado es probar la interacción recíproca entre el estresor y una variable mediadora, para lo cual se han creado “fórmulas mixtas” de medición de aspectos objetivos y subjetivos.

La evaluación de la pobreza tiene que ser global, de forma que integre tanto indicadores objetivos como la valoración subjetiva de la condición económica del propio adolescente y su familia, ya que en conjunto puede ofrecer una mejor aproximación al estudio de la pobreza como un factor de riesgo para los desenlaces adolescentes.

Evidencia empírica

Desde hace varias décadas se reconoce que la situación económica está relacionada con el bienestar emocional de niños y familias. A partir del trabajo clínico con familias de bajos recursos, Minuchin, Montalvo, Guerny, Rosean y Scumer (1969) observaron que los patrones de crianza o cuidado de los niños de las familias de barrios “bajos” y con desventajas socioeconómicas, tendían a ser impredecibles, erráticos y plenos de peleas.

Garnezy (1991), trabajó con americanos pobres que lograron “escapar” de la pobreza y que han tenido más desenlaces positivos que negativos. En ese estudio la pobreza se asoció a otros factores como la violencia, desintegración familiar, escuelas sobre-pobladas, familias numerosas y desventajas económicas, tal como se ha planteado más recientemente (Conger, et al., 1997, 1999).

Hay evidencia de las consecuencias negativas del ingreso bajo en la salud, desarrollo cognitivo, rendimiento escolar y bienestar emocional en niños y adolescentes. Brooks-Gunn, et al (1997) precisan que la relación entre bajo nivel económico y bienestar adolescente puede estar asociada con el ingreso por sí mismo o por otras condiciones familiares que a menudo ocurren en un ambiente de pobreza. Por ejemplo, familias pobres de bajos recursos tienden a estar conformadas por un solo padre, padres con bajo nivel educativo, desempleados, padres divorciados o separados, o padres jóvenes, lo que se asocia a conflictos familiares, por lo que pueden convertirse en un factor de riesgo más que la condición misma de pobreza.

Algunos estudios sobre estresores cotidianos asociados con el nivel socioeconómico (p.e. Cauce, et al 2003; Conger, et al., 1999) encontraron que las presiones económicas por las que pasan las familias, aunque no siempre tienen un efecto directo sobre los adolescentes, sí repercuten de manera directa en las relaciones maritales así como en las relaciones entre los padres y los hijos, representando una situación significativa que cataliza el riesgo para los adolescentes. Señalan que los problemas económicos afectan a la interrelación de pareja y generan hostilidad en las interacciones familiares, con la consecuente relación entre problemas internalizados y externalizados de sus hijos.

Compas, et al (1989) al evaluar la percepción, tanto de adolescentes como de sus padres, para determinar la relación entre estresores cotidianos, eventos de vida y síntomas psicológicos, encontraron que la percepción del estrés en los eventos cotidianos, entre ellos problemas económicos, está relacionada con desenlaces negativos. Datos similares reportan Plunkett, et al (1999, 2000), sobre familias con adolescentes que referían crisis económicas, gran gama de preocupaciones, así como sentimientos de presión y de desesperanza e incluso síntomas depresivos. Se confirmó la relación entre eventos estresantes ocasionados por transiciones familiares y crisis e inestabilidad económica con la presencia de estrés y adaptación negativa en los adolescentes. Se investigó específicamente la evaluación de los estresores económicos por los adolescentes, encontrándose una percepción negativa asociada a decremento de bienestar emocional. Los adolescentes que percibían un mayor cúmulo de eventos estresantes mostraron menores niveles de adaptación. Asimismo, se encontró relación entre apoyo social y satisfacción familiar del adolescente.

El estudio multifactorial de Elgar, et al (2003) sobre estrés-afrontamiento-resiliencia con poblaciones de adolescentes rurales, urbanas y suburbanas, comprobó la participación de la pobreza en la aparición de problemas emocionales. Confirmó la hipótesis de que el solo hecho de vivir en condiciones de presión económica es capaz de producir mayores niveles de estrés y trastornos psicológicos en los adolescentes rurales en comparación con los urbanos, dado el impacto negativo de las dificultades económicas como estresores cotidianos.

Ezpeleta, Granero, de la Osa y Guillamón (2000) también incorporaron el estudio de variables económicas en la predicción de disfunción psicológica en niños y adolescentes. Reportaron dificultades económicas relacionadas con deterioro mental. A mayor número de eventos estresantes y relación con dificultades económicas, mayor deterioro.

Los adolescentes que no trabajan, estudian o tienen alguna ocupación, muestran un incremento significativo en las tasas de síntomas psicológicos en comparación a quienes si tienen una ocupación. La falta de recursos económicos suele llevarlos a la marginación social, cultural y económica, factores asociados nuevamente a conductas de riesgo, así como a la presencia de trastornos de ansiedad, depresivos, incluyendo algunos más severos como intentos de suicidio y conductas autolesivas (Medina-Mora, et al., 1999; Medina-Mora, et al., 2003a; Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Maya, 2008; Villatoro, et al., 2001, 2004).

Masten, et al (1991, 2003) señalan que los padres de familia de bajo ingreso generalmente son padres a edades más tempranas, también tienen bajo nivel escolar, así como *periodos significativos de desempleo* que se van asociando con otras problemáticas, por ejemplo, depresión, o uso de sustancias, como una manera de encarar las diferentes barreras que implica su condición de pobreza. Además, indica que la pobreza y su relación con experiencias negativas contribuyen al malestar emocional de los padres, los cuales no prestan suficiente atención a sus hijos, presentan falta de habilidades de crianza, o tienden a usar prácticas punitivas.

Otros factores de riesgo asociados a la pobreza son las condiciones de un barrio o colonia, la violencia social e intrafamiliar, estilos de crianza, delincuencia, contacto y oportunidad de uso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas (Seiffge-Krenke, 1998).

Los hallazgos de investigación sobre pobreza y desenlaces adolescentes en ocasiones contradictorios, explican la creciente investigación en resiliencia a partir de estudios multifactoriales como los de Sameroff y colaboradores (Sameroff, et al., 2002; Sameroff, et al., 2006). En el desarrollo de su Proyecto Filadelfia, además de utilizar indicadores socioeconómicos como nivel educativo y ocupacional de los padres, se incluyen otras variables asociadas al nivel socioeconómico, como *percepción* del ambiente familiar, del entorno escolar, del apoyo social, las cuales pueden explicar las diferencias en las experiencias de los niños y adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos.

El estudio del impacto del NSEB en los desenlaces adolescentes de Wadsworth, et al (2002) apoyan que otros factores como la *percepción* de la situación económica de la familia, se encuentra asociada con la variación en dichos desenlaces. La percepción de presión económica presentó una relación positiva con depresión, ansiedad y conducta antisocial (agresión), en particular cuando se conjunta con la presencia de conflictos familiares. Sin

embargo, cabe señalar que el afrontamiento fue otra variable estudiada, que actuó como mediadora entre las presiones económicas, el conflicto familiar y los desenlaces.

La investigación longitudinal realizada por más de veinte años por Fergusson, et al (2003) al evaluar diversos factores de vulnerabilidad y protección de la conducta suicida en condiciones de adversidad económica, muestra evidencia de la asociación entre algunas variables socioeconómicas (33% falta de escolaridad de los padres, 25% problemas económicos; 35% separación de los padres, 25% con historia parental de delincuencia y uso de drogas) con el incremento de conductas antisociales, dependencia al alcohol y drogas, violencia y crimen, y estados depresivos y suicidio. Sin embargo, a través de análisis de correlación y de regresión logística, se encontró que a pesar de la adversidad, el género (ser mujer), la búsqueda de apoyo social efectiva, el evitar asociarse con compañeros delincuentes y el tener alta autoestima, contribuyen a reducir su efecto negativo en los adolescentes.

Grant, et al (2003), sometieron a prueba un modelo general mediacional a través de análisis de senderos, con base en un meta-análisis sobre pobreza y sus consecuencias negativas del estrés en el desarrollo de niños y adolescentes. Se confirmó el papel mediador de los estilos de crianza entre la pobreza y la psicopatología. Por tanto, concluyen que la pobreza en sí misma no puede ser un predictor del desarrollo de problemas emocionales, de manera similar a los estudios previos de Conger, et al (1999)

Luthar y Becker (2002), al trabajar con una muestra de estudiantes adolescentes de nivel socioeconómico alto, encontraron problemas de depresión, ansiedad, conducta delictiva, consumo de drogas y alcohol. Identificaron básicamente tres dimensiones de riesgo, la presión académica por parte de los padres y adultos, aislamiento de los padres y sensación de abandono. Se llevó a cabo análisis de correlación simple entre todas las variables asociadas, ubicándose los valores más altos entre estrés y problemas con los maestros, estrés y delincuencia, estrés y victimización por los pares, respectivamente. Se encontraron relaciones significativas en victimización de los pares, "lejanía" de la madre y perfeccionismo disfuncional con problemas internalizados y externalizados. Sugieren que las desventajas socioeconómicas no son una variable que por sí sola pueda generar efectos negativos en el desarrollo, no obstante, Luthar (2006) sostiene que la pobreza es un factor de riesgo.

Rutter (2003) menciona el estudio de la resiliencia con niños y adolescentes en condiciones de pobreza (vivir en colonias de alto riesgo, asistir a una escuela con un pobre

funcionamiento) es un reto, porque las variaciones individuales en la exposición a eventos negativos que implican un riesgo proximal se derivan generalmente de un riesgo distal, como la pobreza. Los niños o adolescentes expuestos a un riesgo distal como la pobreza, pueden manifestar una adaptación positiva en términos conductuales y psicológicos si sus mecanismos de protección proximales son consistentes o firmes como la supervisión de los padres y el soporte familiar, además de sus mecanismos internos protectores, ya que adquieren un efecto mediador sobre las variables personales y familiares, entre el riesgo y los desenlaces adolescentes.

Este breve panorama permite constatar que la pobreza representa una condición de riesgo importante para los adolescentes por las implicaciones que tiene para las personas con relación a su capacidad para cubrir sus necesidades (Mayer, 1997; WHO, 2004), pero que la pobreza por sí sola, no necesariamente produce estrés, en todo caso puede ser considerada como una variable ligada a la presencia potencial de eventos estresantes, que tienen que ser evaluados también a partir de la perspectiva del propio adolescente.

La pobreza puede ser considerada como una variable multidimensional y contextual que matiza la vida de los adolescentes en varias dimensiones y niveles como el personal y familiar. Se enfatiza la importancia de evaluar la pobreza tanto desde una perspectiva objetiva como subjetiva, con lo cual se tendría una visión más integral de la misma, por lo que medir la percepción de los adolescentes es fundamental.

Aunque la literatura plantea de manera reiterada que la pobreza y el bajo nivel socioeconómico constituyen una condición de riesgo, ya que se asocian a problemas de educación, salud y sociales, se coincide con otros supuestos (Gore, et al., 2000; Luthar , et al., 2002) que advierten que podría ser riesgoso afirmar que el nivel socioeconómico por sí solo puede influir de manera sustancial en los desenlaces adolescentes, por lo cual es importante incluir otras variables como lo hacen algunos estudios multifactoriales (Wadsworth, et al., 2002, 2005).

Todos los hallazgos permiten comprender por qué en la investigación de la resiliencia con adolescentes se ha considerado el estudio de otras variables como el afrontamiento, la percepción del apoyo social y el funcionamiento familiar, de las cuales se presentan algunas consideraciones en los siguientes apartados.

Afrontamiento

“...ellos actúan y no solo reaccionan ante el estrés...”
(Rutter, 2002, p. 241)

La presencia de sucesos estresantes y la pobreza como factores de riesgo y estrés crónico, se asocian a problemas durante la adolescencia, sin embargo, por si solos no son suficientes para explicar los desenlaces adolescentes. La forma en que los niños y adolescentes reaccionan y enfrentan el estrés es fundamental en el estudio de la resiliencia porque proporciona mayor información sobre los mecanismos de adaptación (Garmezy, 1991, 1993; Garmezy, et al., 1985; Rutter, 2000, 2002, 2007; Werner, et al, 1992).

Una de las variables que de manera recurrente se menciona en la investigación en el campo de la resiliencia es el afrontamiento, ya que representa un proceso que es esencial en la adaptación del adolescente.

De acuerdo con Gore, et al (2000), los estudios sobre protección y vulnerabilidad con base en modelos de protección al estrés en la investigación de la resiliencia con adolescentes, emergen a partir de todos los estudios sobre estrés y afrontamiento, con base en un enfoque transaccional persona-medio ambiente.

Estrés, afrontamiento y resiliencia son procesos vinculados, de forma que en la literatura internacional se reporta al afrontamiento como una variable moderadora entre las experiencias de estrés, el riesgo y los desenlaces adolescentes (Compas, 1987a; Compas, et al., 1995; Compas, et al., 1993; Garmezy, 1993; Seiffge-Krenke, 1998, Rutter, 2007; Wadsworth, et al., 2002, 2005).

Afrontamiento y adaptación

Desde el punto de vista de la resiliencia, el afrontamiento en la adolescencia se considera esencial en el *proceso de adaptación*, porque está relacionado con la forma de reaccionar a los sucesos vitales negativos y las situaciones de adversidad, como también ante los sucesos cotidianos o situaciones diarias de la vida que pueden ser fuentes constantes de estrés. Es importante, ya que está relacionado con una serie de cogniciones y acciones que le permiten al adolescente tolerar, disminuir o evitar las consecuencias negativas de situaciones adversas y del estrés (Plankerel & Bolognini, 1995).

Rutter (2007) sostiene que la base de la investigación en resiliencia está en reconocer que hay una gran variación de sucesos estresantes, como respuestas de adaptación a los

mismos, por lo que el estudio de los mecanismos y las variables que participan en el estrés, como la percepción del estrés y el afrontamiento, son y han sido aspectos fundamentales para entender la resiliencia dentro de la perspectiva de psicopatología del desarrollo.

En particular, el modelo “organizacional” del desarrollo adolescente propuesto por Cicchetti (Masten, et al., 2006) otorga especial interés al desarrollo de habilidades para enfrentar las demandas del medio ambiente, como búsqueda de apoyo social y solución de problemas, conductas involucradas en el afrontamiento.

Durante la adolescencia se involucran una serie de tareas básicas del desarrollo, por lo que el afrontamiento es una pieza clave en los desenlaces, ya sean saludables o patológicos para el transcurso a la edad adulta. Representa un mecanismo básico de adaptación que está regulado por las propias experiencias del adolescente, así como del aprendizaje vicario a través de la imitación de los padres, de los pares o de los adultos que le rodean (Compas, et al., 1989; Seiffge-Krenke; 1998).

El afrontamiento hacia los eventos vitales estresantes incluye todos aquellos recursos personales (solución de problemas, habilidades psicosociales y habilidades en general) así como recursos del medio ambiente social, como disponibilidad a redes de apoyo social, que facilitan o que hacen posible la adaptación exitosa hacia los eventos de vida estresantes (Compas, 1987a; Mash, 1997).

Rutter (2002) confirma que el afrontamiento actúa como mediador de las experiencias o eventos estresantes y los desenlaces o procesos de adaptación de los adolescentes. En los adolescentes que han estado expuestos a ambientes de franca privación o de desventaja, el afrontamiento activo ha contribuido a que no presenten problemas emocionales o psicológicos.

A pesar de las precisiones que se han realizado sobre la resiliencia (Luthar, 2006; Masten, et al., 2006), ésta llega a ser equiparada con el afrontamiento, lo cual puede ser comprensible, ya que frecuentemente forma parte de los recursos que intervienen en el desarrollo de patrones resilientes. No obstante, hay que reiterar que la resiliencia es un constructo más amplio y supraordenado que involucra presencia de riesgo significativo, mientras que el afrontamiento se activa ante situaciones también cotidianas, y no solo ante circunstancias de adversidad.

Efectivamente, el afrontamiento es capaz de regular la presencia de estrés crónico, como la pobreza, actuando como un amortiguador y una variable intermedia protectora,

siempre y cuando se utilicen estrategias efectivas que tengan como resultado el equilibrio entre los recursos de las personas y las demandas del medio, en cuyo caso los desenlaces adolescentes serán positivos (Compas, 1987a; Compas et al., 1988; Compas, et al., 1993; Compas, et al., 2004; Frydenberg & Lewis, 1997). Sin embargo, la literatura sobre afrontamiento muestra aún controversias y resultados no concluyentes, debido a las diversas trayectorias que el desarrollo adolescente puede presentar, aún utilizando el mismo tipo de estrategias (Carbonell, Reinherz & Beardslee, 2005).

Los planteamientos precedentes explican porque actualmente el estudio del afrontamiento se realiza a partir de diferentes enfoques, con sus consecuentes definiciones, que van desde posturas más psicoanalíticas hasta posturas más integracionistas, lo que implica que en la actualidad haya una variación importante del concepto y de su evaluación en el ámbito de la resiliencia.

Enfoques y modelos de afrontamiento

A pesar de los diferentes marcos conceptuales sobre el afrontamiento se identifican dos aproximaciones centrales que abordan su estudio como un proceso sobre la base de estilos y estrategias que las personas utilizan para responder a las demandas del medio ambiente.

Enfoque disposicional

El *enfoque diposicional* parte del concepto de afrontamiento como una disposición o estilo mas o menos estable que caracteriza la forma de responder habitual de un individuo ante el medio y al cual subyacen otros factores personales como características o rasgos de personalidad, actitudes y cogniciones, también de carácter estable (Kavseck & Seiffge-Krenke, 1996). Basadas en este enfoque se han desarrollado definiciones en términos *disposicionales* sobre afrontamiento.

Para Beutler y Moos (2003), el afrontamiento es definido como un proceso complejo en términos de respuestas al estrés y como *la disposición* a responder al cambio en función de una situación. Es considerado como un “*estilo de afrontamiento*” que representa un patrón general y observable o estilo de interacción con el medio ambiente.

Dentro de esta perspectiva, el afrontamiento es una variable que se activa cuando se presentan cambios en el medio ambiente. El afrontamiento, como otras cualidades de la personalidad, puede ser descrito como un conjunto de disposiciones a responder de manera

estereotipada. Esta visión más “psicodinámica”, hace referencia al afrontamiento como un estilo defensivo, el cual, a su vez, puede asumir cuatro estilos que van de mayor adaptación a menor adaptación.

Otra conceptualización que puede considerarse implícita en una perspectiva “*disposicional*” es la que define al afrontamiento en términos de *estilos de solución de problemas* (Beutler, et al., 2003). Este concepto se enfoca más en la percepción para solucionar problemas que en la solución del problema mismo. Se parte de la idea de que los adolescentes que tienen mayor nivel de autoconfianza, percepción de control y una aproximación a la solución de los problemas, son más persistentes, asertivos, tienen más expectativas de éxito, son menos ansiosos y tienden a presentar menos problemas de salud o síntomas físicos, incluso en situaciones con altos niveles de estrés.

Aproximación contextual

Los *enfoques contextuales* presuponen que no todas las situaciones son enfrentadas de la misma forma. Este enfoque puede considerarse complementario a algunos específicos de la perspectiva disposicional. Se ha enfocado a la comprensión y evaluación de las respuestas de afrontamiento individuales empleadas en un contexto de estrés específico, como se plantea en los modelos transaccionales. Se asume como un proceso de carácter más transitorio, basado en los esquemas cognitivos y la elección de una respuesta específica de afrontamiento ante situaciones particulares.

Dentro de esta perspectiva se ubica el modelo transaccional de Lazarus (Lazarus, et al., 1991), quien define al afrontamiento como un patrón de respuesta específica al estrés, a través del cual las percepciones, emociones y comportamientos se combinan de manera tal que permite que los individuos se preparen para el cambio. Asimismo lo describe como un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que realiza un individuo para hacer frente a las demandas internas y externas, que son evaluadas como excedentes a sus recursos.

Como se mencionó, el modelo de Lazarus, et al (1991) se ha convertido en un esquema clásico que ha sido retomado en el estudio también del afrontamiento en adolescentes. A partir de su propuesta, el afrontamiento es visto como una *respuesta ante situaciones específicas* estresantes más que como un patrón estable de personalidad.

Es importante reconsiderar que el afrontamiento deriva de un proceso relacional

previo valorativo de los eventos o situaciones, como se mostró en el esquema del modelo de estrés, en el que la apreciación subjetiva ocupa un lugar preponderante en el proceso de estrés y de los mecanismos que activan las estrategias de afrontamiento en la adolescencia. Por ello el modelo completo implica tanto al estrés como al afrontamiento y abarca desde la percepción misma de los eventos o situaciones, ya que pueden ser evaluadas como negativas y producir estrés que pone en marcha formas de afrontamiento, provocando por lo regular procesos de desadaptación o trastornos emocionales, cuando éstas no son efectivas, o por el contrario, estrategias activas y funcionales que ayudan para la resiliencia.

Asimismo, se conceptualiza como un proceso dinámico que fluctúa con el tiempo en respuesta a los cambios y demandas de la situación, por lo cual, la edad es un factor importante, que tiende a variar en función de la fase de la adolescencia.

Dentro del enfoque contextual, una definición está dirigida en el *foco del afrontamiento* y otra enfatiza el *método de afrontamiento*. Los procesos cognitivos pueden ser ligas *mediadoras entre los eventos de vida estresantes y las respuestas de afrontamiento*. Las dimensiones cognitiva y conductual cobran importancia para entender los diferentes tipos de respuesta de afrontamiento; las cuales se agrupan en cuatro categorías generales. Una aproximación cognitiva; otra aproximación conductual; una tercera de evitación cognitiva; y una cuarta de evitación conductual. Estas habilidades de afrontamiento se combinan para dar como resultado una reestructuración, con el fin de lidiar con cada situación.

Cabe señalar que la distinción entre dos tipos básicos de afrontamiento, uno evitativo y otro de aproximación en la adolescencia, se debe a los estudios transaccionales y longitudinales de Herman-Stahl, Stemmler y Petersen (1994) y Plankerel, et al (1995) sobre el afrontamiento y sus implicaciones para la salud mental de los adolescentes, convirtiéndose en punto de referencia de muchos estudios en el campo de la psicopatología del desarrollo y resiliencia.

Existen diversos modelos, con base en el enfoque contextual, que se mencionaron en el apartado anterior (p.e. Cervantes, et al., 1985; Compas, 1987a, Connor-Smith, et al., 2004; Frydenberg, et al., 1997; Moos, et al., 2003; Seiffge-Krenke, 1998). Todos ellos subrayan la importancia de los procesos perceptuales y cognitivos en el surgimiento del estrés, vinculados con mecanismos de control como el afrontamiento, que se activan para lograr una mejor adaptación.

El modelo de Cervantes y Castro (Cervantes, et al., 1985) se deriva del estudio de diversas poblaciones (p.e. adolescentes y adultos) a partir de un enfoque psicosocial. Propone el análisis de a) las fuentes de estrés, b) la valoración cognitiva, c) los mediadores internos, d) los mediadores externos, e) las respuestas de afrontamiento, f) las consecuencias a corto plazo y g) las consecuencias a largo plazo.

Por su parte Carver y Scheier (1994) proponen un modelo que identifica tres grupos de estrategias generales: 1) afrontamiento enfocado al problema, que implica un estilo de *afrontamiento activo*, búsqueda de apoyo social por razones prácticas o instrumentales, supresión de actividades de competencia; 2) un afrontamiento adaptativo enfocado en la emoción el cual conlleva también la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva, aceptación, religión y humor; 3) un tercer afrontamiento potencialmente mal adaptado, enfocado en la emoción, centrado en la negación, y en dificultades conductuales.

Moos y colaboradores (Moos, et al., 2003) proponen un modelo de recursos de afrontamiento interactivo de cinco sistemas compuestos por variables medioambientales, personales, de habilidades de afrontamiento y adaptación relacionadas con el afrontamiento. También representa un híbrido de las aproximaciones disposicional y contextual. Este modelo también es utilizado en el estudio de la adolescencia, y el afrontamiento es clasificado básicamente como funcional o disfuncional.

Como derivación del trabajo específico con adolescentes, Frydenberg y Lewis (2000) presentan un modelo que incluye dieciocho estrategias de afrontamiento agrupadas en tres estilos básicos de afrontamiento: 1. dirigido a la resolución del problema, 2. afrontamiento en relación con los demás, y 3. afrontamiento improductivo. Plantea una clasificación dicotómica de afrontamiento productivo o no productivo, en función de los resultados en el adolescente (Frydenberg, 2008). Evalúa el afrontamiento ante una situación específica, así como la forma general de afrontamiento, por lo que puede considerarse como un modelo integrativo en el que subyacen tanto supuestos disposicionales como transaccionales.

Otro modelo ampliamente reconocido es el desarrollado por Seiffge-Krenke a través de varios años de investigación sobre la relación entre estrés, afrontamiento, apoyo social, psicopatología y resiliencia, con diferentes tipos de poblaciones e incluyendo muestras clínicas y no clínicas (Seiffge-Krenke, 1993, 1998, 2000; Kavseck, et al 1996; Seiffge-Krenke & Stemmler, 2002). Se sugiere la existencia de tres formas básicas de afrontamiento: 1. afrontamiento activo, que implica la movilización de recursos sociales para resolver la

situación, 2. afrontamiento interno, que parte de evaluación de la situación y compromiso con ella, y 3. retirada o escape (similar a la evitación) que representan una aproximación negativa y falta de habilidad para enfrentar el problema, ya que se basa en la negación y la represión. Los dos primeros representan un *afrontamiento de aproximación o funcional*, ya que implican esfuerzos para enfrentar la situación dentro de los cuales pueden estar involucradas conductas dirigidas a dar soluciones a la situación. Por el contrario, *el segundo de evitación es disfuncional*, en tanto que al evadir o negar la situación se obstaculiza la posibilidad de una solución.

Compas (1987a) considera que las estrategias de afrontamiento representan una tendencia a responder de determinada manera cuando un adolescente se enfrenta a un grupo de circunstancias. Son formas cognitivas y conductuales que se asumen ante un episodio estresante, que pueden variar a través del tiempo y del contexto, dependiendo de la naturaleza de la situación estresante. Propone un modelo de respuestas al estrés en adolescentes (Connor-Smith, et al., 2000; Connor-Smith, et al., 2004), el cual plantea cinco tipos de afrontamiento, con base en una dicotomía del afrontamiento comprometido-no comprometido: 1. afrontamiento comprometido de control primario, 2. afrontamiento comprometido de control secundario, 3. no comprometido, 4. involuntario comprometido, y 5. involuntario no comprometido, de los cuales los dos primeros son identificados como *efectivos o funcionales* y los tres restantes como *no efectivos o disfuncionales*.

Posteriormente Compas, Connor-Smith y Jaser (2004) aclaran que existen dos tipos de procesos: 1. Automáticos, y 2. controlados; en ambos se pueden distinguir repuestas comprometidas y no comprometidas con las fuentes de estrés y las respuestas emocionales. El primero involucra una serie de respuestas fisiológicas y emocionales, pensamiento intrusivo, respuestas impulsivas y respuestas involuntarias de escape que tienden a ser poco efectivas. El segundo, implica respuestas controladas de un afrontamiento que es descrito como “*los esfuerzos conscientes y voluntarios que regulan los pensamientos, las emociones, la conducta, en respuesta a los eventos o circunstancias estresantes*” (p. 26) las cuales tienen resultados más exitosos en el manejo del estrés. Este conjunto de respuestas es identificado como a) *afrontamiento activo* o de control primario, como solución de problemas, expresión emocional, modulación emocional, por un lado, y por otro, b) *afrontamiento de acomodación* o control secundario como aceptación, reestructuración cognitiva, pensamiento positivo y distracción.

Ambas aproximaciones, la predisposicional y la contextual, coinciden en que el afrontamiento representa una variable central dentro del proceso vulnerabilidad-protección que puede ser estudiado con fines predictivos, permitiendo examinar las pautas de respuestas y desenlaces adolescentes en función del medio ambiente. Consideran que el afrontamiento activo orientado hacia la solución de problemas es un componente básico de la adaptación y de la resiliencia.

Prevalece la tendencia a categorizar los estilos o estrategias de afrontamiento de manera dicotómica en función de sus resultados o desenlaces de los adolescentes, aunque los nombres o las clasificaciones más finas lleguen a ser diferentes. Lo importante es que la mayoría de los modelos enfatizan el carácter dinámico del afrontamiento en el proceso transaccional medio ambiente-persona, que moviliza los recursos del adolescente, con base en los cuales puede responder a las demandas del medio, manteniendo el equilibrio en términos de un funcionamiento psicosocial adecuado o adaptado, por lo que prácticamente todos ellos hacen referencia a la funcionalidad o disfuncionalidad del afrontamiento. Para los fines de este trabajo se tomó en cuenta tanto la propuesta de Seiffge-Krenke (1992) como la de Compas, et al (2004) como marco de referencia en la interpretación de la evidencia empírica.

Medición del afrontamiento

Con base en los diferentes modelos explicativos del afrontamiento se han propuesto distintas formas para su evaluación. Algunos de los instrumentos parten más de una aproximación disposicional, otros de una perspectiva contextual, mientras otros integran las dos. A continuación solo se presentan los más citados en las investigaciones de resiliencia con adolescentes.

En 1987, Patterson y McCubbin desarrollaron el Adolescent-Coping (A-COPE), el cual está integrado por dos escalas. Una escala denominada Eventos de Vida Estresantes que evalúan aspectos de la vida familiar, tales como: problemas económicos, legales, muerte, uso de alcohol, y otra llamada Afrontamiento, que explora expresión de sentimientos, solución familiar de problemas, cuestiones relacionadas con los amigos íntimos, formas de relajación, etcétera. Ha sido usado en estudios de estrés-afrontamiento-resiliencia con adolescentes de diversos países (p.e. Leontopoulou, 2006; Plankerel, et al., 1995).

El Coping Across Situational Questionnaire –CASQ- (Seiffge-Krenke, 1993) es uno de los instrumentos de mayor uso en la investigación en resiliencia (p.e. Herman-Stahl, et al., 1995; Gómez, et al., 2006; Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996). Evalúa 20 estrategias en ocho áreas específicas relacionadas consigo mismo, con el sexo opuesto, con los estudios, los profesores, los padres, los compañeros, el futuro y el manejo del tiempo. Se estructura en una matriz bidimensional que mide tres estilos de afrontamiento: 1) afrontamiento activo a través de los recursos sociales; 2) afrontamiento interno; y 3) retiro o evitación que pueden ser utilizadas en los diversos dominios.

Frydenberg y Lewis (2000) elaboraron un instrumento denominado Adolescent Coping Scale -ACS-, adaptado para población española por Pereña y Seidedos (Frydenberg, et al., 2000) con el nombre de Escalas de Afrontamiento para Adolescente, el cual se usa frecuentemente por población de habla hispana (p.e. Barron, Montoya, Casullo & Bernabéu, 2002; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín & Estevez, 2005; Serrano, et al., 2005). Presenta dos formas, una Forma General y una Forma Específica, que evalúan estilos y estrategias de afrontamiento respectivamente. La Forma Específica explora 18 estrategias de afrontamiento en función de un contexto y problema específico del adolescente.

Existe una traducción al español del Moos's Coping Response Inventory -Youth Form- Respuestas de Afrontamiento Versión para Adolescentes (Zanini, Forns & Kirchner; 2003, 2005). Está compuesto por tres partes. En la primera el adolescente da una descripción de los problemas más importantes que ha tenido en los últimos 12 meses; en la segunda parte se evalúa la forma en que lo enfrentó y cuales fueron los resultados, y la tercera parte presenta 48 ítems en una escala Likert de 4 puntos sobre ocho estrategias específicas, las cuales son clasificadas, según su forma, en estrategias de aproximación y de evitación, y según el método en cognitivas y conductuales.

Otro instrumento frecuentemente reportado (p.e. Wadsworth, et al., 2002, 2005) es el Responses to Stress Questionnaire –RSQ- (Cuestionario de Respuestas al Estrés) de Connor-Smith y Compas (2004). Diseñado para medir la respuesta o reacción al estrés, en términos de afrontamiento voluntario e involuntario en adolescentes. Está integrado por 57 ítems distribuidos en cinco factores: 1. Control primario comprometido (solución de problemas, regulación emocional, y expresión emocional), 2. Control secundario comprometido (distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación), 3. Control secundario no comprometido (evitación, negación y pensamiento mágico), 4. Respuestas involuntarias comprometidas (activación emocional, fisiológica, acciones

impulsivas, pensamientos intrusivos y rumiación) y 5. Respuestas involuntarias no comprometidas (aplanamiento emocional, evitación involuntaria, interferencias cognitivas, y falta de acción o inactividad).

Para evaluar los estilos de afrontamiento con adolescentes escolares mexicanos, Maupone, et al (1999) adaptaron el Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés, de Lazarus y Folkman, el cual no está diseñado originalmente para dicha población. El instrumento consta de 66 ítems, los cuales se agruparon en 6 factores: Flexibilidad de Afrontamiento, Afrontamiento Dirigido al Problema, Distanciamiento, Pensamiento Mágico, Revaloración Positiva, y Búsqueda de Apoyo Social.

Un instrumento de reciente creación, elaborado a partir del modelo de afrontamiento de Seiffge-Krenke (1998) así como del modelo de Compas (Connor, et al., 2004) es el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes –CA-A- (Lucio y Villarruel, 2008). Consta de 45 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuestas que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, que evalúan ocho estrategias de afrontamiento: 1. respuestas voluntarias comprometidas (control primario y secundario) dirigidas a la solución del problema, 2. respuestas involuntarias comprometidas (activación fisiológica), 3. respuestas involuntarias no comprometidas (rumiación, pensamientos intrusivos), 4. afrontamiento voluntario no comprometido (evitación y pensamiento mágico), 5. Apoyo social, 6. Control secundario comprometido (distracción), 7. conductas autolesivas, 8. religiosidad y espiritualidad. Se ha utilizado en varios estudios sobre afrontamiento en adolescentes mexicanos (p.e. Villarruel, 2009; Villegas, 2009).

Evidencia empírica

La revisión de la literatura muestra evidencia del estudio del afrontamiento y otros procesos asociados a los procesos de adaptación como el apego, los patrones de conducta tipo A, la solución de problemas en la relaciones interpersonales y el apoyo social, “...*el afrontamiento de niños y adolescentes ha sido descrito en estudios sobre resiliencia e invulnerabilidad al estrés a lo largo de su desarrollo...*” (Compas 1987a, p. 398).

Se afirma que los adolescentes resilientes que permanecen relativamente saludables y muestran un buen nivel de adaptación, a pesar de enfrentar muchos estresores, utilizan estrategias de *afrontamiento activas*; ellos actúan y no solo “reaccionan” ante el estrés (Rutter, 2002; Werner, et al., 1992), en otras palabras, se ocupan más que preocuparse de la situación estresante. Cuando los adolescentes no cuentan con los recursos de afrontamiento

suficientes aumenta su vulnerabilidad al estrés, poniendo en peligro su estabilidad emocional (Kavsek, et al., 1996).

Connor-Smith, et al (2000) observaron que algunos adolescentes pueden reaccionar de manera involuntaria o voluntaria a los eventos estresantes, al esforzarse en enfrentarlos, como aumento de la tasa cardiaca ante situaciones que son percibidas como amenazantes. Dichas reacciones están asociadas a estilos de afrontamiento evitativo y centrados en la emoción, sin la búsqueda de apoyo social, lo cual se asocia a desenlaces negativos.

En el análisis sobre la relación entre apoyo parental, estrategias de afrontamiento y ajuste psicológico, en términos de bienestar y distres, Holahan, Valentiner y Moos (1996), llevaron un estudio con adolescentes mayores, cuyos datos mostraron que el afrontamiento evitativo es considerado un factor de riesgo, mientras que el afrontamiento de aproximación, específicamente el basado en la orientación hacia la solución de problemas funciona como una condición de protección. El apoyo parental estuvo asociado al afrontamiento de aproximación, mientras que con el conflicto marital se asoció el afrontamiento evitativo.

Estos hallazgos han sido confirmados por Gómez, et al (2006) al probar varios modelos de resiliencia con adolescentes tardíos de 18 a 20 años de edad. A través de ecuaciones estructurales encontraron al afrontamiento evitativo como un mediador, e incluso factor de riesgo, y como un predictor poderoso de la ansiedad y la depresión, al mismo tiempo, el apoyo de la madre fue considerado un factor de protección.

Al comparar muestras de escolares españoles y brasileños, Zanini y colaboradores (Zanini, et al., 2003; Zanini & Forns, 2004) reportan, por un lado, una fuerte relación entre el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y presencia de malestar emocional e incluso problemas psicológicos más severos, y por otro, mayor nivel de "salud mental" asociado al uso de estrategias de aproximación. También notaron que el afrontamiento evitativo en general, es un factor de riesgo para la adaptación de los adolescentes de 13 años quienes presentaron mayor sintomatología, lo que resulta similar a lo señalado anteriormente (Compas, 1987a), respecto al uso de estrategias no comprometidas y evitativas en las etapas iniciales de la adolescencia vinculadas con desenlaces negativos.

Estos resultados son consistentes con los de Ezpeleta, et al (2000), quienes realizaron un amplio estudio sobre factores de riesgo y protección, y su relación con deterioro o disfuncionalidad mental en adolescentes de muestras clínicas y no clínicas. Los factores estudiados fueron afrontamiento, temperamento, relaciones maritales, CI y estilos de crianza. Se observó que los eventos estresantes resultaron relevantes aunados a un afrontamiento

evitativo, el cual se consideró como un predictor de la discapacidad encontrándose asociado con problemas maritales y con bajo CI, mientras que los estilos de afrontamiento de aproximación eran utilizados más frecuentemente en las muestras no clínicas, las que no presentaban problemas emocionales significativos.

Reportes previos (p.e. Seiffge-Krenke, 1998) señalan que el afrontamiento orientado hacia la solución del problema puede ser un factor protector, así como la búsqueda de apoyo de algún profesional o de algún adulto significativo. Más recientemente Gelhaar, Seiffge-Krenke, Borge, Cicognani, Cunha, et al (2007) sostienen que la retirada y la evitación representan tipos de afrontamiento disfuncional, que son los más utilizados por las mujeres; mientras que el de aproximación, como el afrontamiento cognitivo e interno resulta funcional, y tiende a ser utilizado por muchachos. Sin embargo, su eficacia depende del grado de control que se tenga sobre el estresor, porque algunos tipos de afrontamiento comprometido, como la solución de problemas, podría ser disfuncional, además de que las diferencias de género se dieron en los adolescentes más jóvenes.

En sus estudios sobre personalidad y resiliencia, Kobasa (1998) menciona que la “fortaleza” modera las experiencias de vida estresantes, permitiendo una reevaluación positiva de las circunstancias como una forma de reducir el estrés, lo que implica el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas. Los adolescentes “fuertes” tienden a afrontar de manera directa las situaciones estresantes, más que utilizar la negación o la evitación, tienen menor compromiso fisiológico, lo que les permite tener trayectorias más estables y desenlaces adaptativos.

Respecto a la edad y la supremacía de ciertas estrategias, se observa que los preadolescentes tienden a manifestar comportamientos que involucran estrategias basadas en la evitación y el distanciamiento emocional, por un lado, y por otro, más respuestas involuntarias lo cual suele manifestarse en trastornos internalizados. Los adolescentes mayores por su parte, utilizan estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción, en términos de búsqueda de soporte social (Compas, et al., 1988; Seiffge-Krenke, 1998).

Estudios con adolescentes españoles (Zanini, et al., 2003, 2005) coinciden en que dependiendo de la edad y sexo, se tienen los recursos cognitivos suficientes con base en los cuales se “eligen”⁴ las estrategias de afrontamiento. También observaron que los jóvenes de

⁴ Se considera más conveniente referirse al despliegue que a la elección porque al parecer este último concepto implica un proceso muy consciente cuando algunas de las estrategias de afrontamiento se activan de manera

menor edad tienden a utilizar más las estrategias centradas en la emoción. Sin embargo, señalan que cierto tipo de afrontamiento evitativo puede llegar a ser funcional ya que le permiten al adolescente “escapar” de situaciones que son fuente de altos niveles de estrés, sobre las cuales tiene poco o ningún control, lo cual también es apoyado por Frydenberg, et al (1996).

Los datos respecto a la diferencia entre la percepción del estrés y forma de afrontamiento debidas al género parecen consistentes a través de los años. Las mujeres reportan mayor número de contrariedades cotidianas y la tendencia al uso de la evitación y/o al uso de estrategias enfocadas en la emoción, aunque un mayor uso del apoyo social y la reestructuración cognitiva, mientras que la evitación es la forma más utilizada por los hombres, tanto en muestras clínicas como normativas (Kohn, et al., 1994; Li, DiGiuseppe & Froh, 2006; Seiffge-Krenke, 2000).

Otros estudios (Lucio; 2007; Lucio, et al., 2008; Meave, 2008; Villarruel & Lucio, 2007; Villegas, 2009) con muestras de adolescentes escolares, clínicos, y con problemas de salud, encontraron algunos datos similares. En uno con adolescentes con problemas de leucemia (Villarruel, 2009), se exploraron las estrategias de afrontamiento encontrándose que tendían a utilizar más las estrategias de control primario comprometidas. Asimismo Villegas (2009) encontró que las adolescentes embarazadas reportan estrategias de afrontamiento como la evitación, pero también la búsqueda de apoyo social.

Una investigación transcultural, al comparar adolescentes ingleses y griegos frente a condiciones de adversidad, medida por la presencia de sucesos de vida estresantes, reporta que el afrontamiento activo fue el predictor más fuerte del bienestar emocional y la adaptación, en ambas muestras, aunque los estudiantes ingleses presentaron menor número de sucesos estresantes (Leontopoulou, 2006).

La investigación de Plunkett, et al (2000) sobre presiones económicas con adolescentes y sus familias, también reporta diferencias de género en el uso de estrategias de afrontamiento. Las mujeres utilizan apoyo familiar, apoyo social, apoyo religioso, buscando distractores, manifestando sus sentimientos de manera abierta, y tienden a mostrar un rol con mayor grado de socialización, así como a buscar bienestar con otras personas. Se encontró que las estrategias de afrontamiento más activas como orientadas a la búsqueda de apoyo social y hacia el problema estuvieron relacionadas con desenlaces

automática sobre todo las que implican un compromiso de tipo involuntario como lo señala el modelo de Connor-Smith y Compas (2004).

positivos, independientemente de las presiones económicas, lo cual sugiere el rol moderador del afrontamiento.

El impacto de múltiples variables, como nivel socioeconómico, fuentes y tipo de estresores (contrariedades cotidianas, eventos mayores), y estilos de afrontamiento sobre los desenlaces fue evaluado por Elgar, et al (2003). Confirman una relación significativa entre mayor percepción de eventos cotidianos, afrontamiento evitativo y dirigido a la emoción, y problemas internalizados y externalizados, tanto en adolescentes urbanos como rurales, aunque con mayor presencia de problemas externalizados en los primeros. También encontraron que las mujeres reportan mayor número de eventos negativos, aunque además mayor uso de estrategias de aproximación, como la búsqueda de apoyo social. Sin embargo, el afrontamiento de aproximación no tuvo una función moderadora de los eventos estresantes y el funcionamiento psicológico. Son las contrariedades cotidianas las que median los eventos mayores y los desenlaces.

Figuroa, et al (2005), pusieron a prueba un modelo salutogénico con relación a la resiliencia, en un grupo de adolescentes argentinos de nivel socioeconómico bajo, apoyando que el afrontamiento activo está relacionado con mayor bienestar emocional. Los adolescentes con afrontamiento activo invierten en relaciones interpersonales, lo que les permite fortalecer su autoconcepto y autoestima. Por el contrario el afrontamiento de evitación y reducción de la tensión, a través de conductas de riesgo, fue asociado con malestar emocional.

Estudios multifactoriales como el de Wadsworth, et al (2005) que incorpora variables como presiones económicas, afrontamiento y desenlaces adolescentes, resultan ilustrativos. Sometieron a prueba varios modelos de cómo repercute el nivel socioeconómico y las presiones económicas en las trayectorias del desarrollo y en desenlaces negativos, como ansiedad/depresión y conductas antisociales. Las conclusiones indican en primer lugar, que el bajo nivel socioeconómico se asocia con más apuros económicos, lo cual a su vez se asocia a más conflictos familiares. Tanto los conflictos familiares como las presiones económicas están asociados con la ansiedad/depresión. Sin embargo, señalan que los estilos de afrontamiento de control primario y secundario predicen menores niveles de psicopatología, aunque solo el control secundario media entre los conflictos familiares y la ansiedad/depresión. También aclaran que los chicos con mayor presión económica tienden a usar conductas de no compromiso, disminuyendo sus recursos de afrontamiento y aumentando la disfuncionalidad. Al mismo tiempo, indican que los problemas familiares

incluyendo problemas emocionales de los padres, predicen en mayor medida los problemas de ansiedad/depresión, además de que la familia parece mediar los efectos de las presiones económicas en los desenlaces adolescentes.

A pesar de que muchos de los estudios relacionan, por un lado, a los estilos de afrontamiento pasivos y evitativos con problemas emocionales o adaptación negativa, y por otro, a los estilos de afrontamiento activos dirigidos a la situación, con resiliencia o adaptación positiva. También se han reportado algunos datos polémicos respecto a la función de algunos estilos o estrategias de afrontamiento evasivos como por ejemplo, el apoyo social, lo cual se discutirá en el siguiente apartado.

Sieffge-Krenke (1993) advierte que existen algunas dificultades para diferenciar de manera clara cuales son las estrategias de afrontamiento que pueden considerarse de protección y riesgo, ya que ha sido complicado determinar con exactitud diferencias entre muestras clínicas y muestras no clínicas. Por ejemplo, la retirada o la negación, consideradas estrategias negativas, ante algunas circunstancias pueden ayudar a lograr un equilibrio emocional, al escapar de la situación. Zanini, et al (2004) sugieren que la evitación-distracción de los conflictos en el núcleo familiar que los adolescentes reportan como altamente estresantes, puede contribuir a que el nivel de estrés disminuya.

Compas, et al (1993) también han reportado que la distracción es un elemento que puede contribuir a amortiguar el efecto del estrés, porque permite un tiempo de esparcimiento, lo que implica tomar “distancia” de la situación. Promueve la sensación de control del medio ambiente, como muestra su estudio con adolescentes depresivos y no depresivos. No obstante la distracción puede convertirse en un factor de riesgo, al aumentar la probabilidad del consumo sustancias cuando el adolescente vive en un ambiente de riesgo psicosocial (Jessor, et al., 1998)

Estos hallazgos reflejan una fuerte tendencia a considerar al afrontamiento como un mediador y/o moderador, aunque aún hay algunas controversias al respecto, ya que puede funcionar, tanto como un factor de riesgo como de protección, dependiendo del tipo de estrategias que se utilicen, del contexto y de sus resultados (p.e. Compas, et al., 2002, 2004; Ezpeleta, et al., 2000; Gómez, et al., 2006; Herman-Stahl, et al., 1995; Zanini, et al., 2003, 2004). Las estrategias activas dirigidas al problema y aún las enfocadas en la emoción, contribuyen a la adaptación positiva al estrés, y su uso parece estar en función del sexo y de la etapa de la adolescencia.

También se señala que el afrontamiento es un proceso complejo en sí mismo, con el

cual interaccionan otros factores, tanto personales como ambientales, dando como resultado diferentes trayectorias y desenlaces adolescentes. El afrontamiento involucra la cantidad y calidad de los eventos, la percepción de dichos eventos, las experiencias anteriores de estrés, las relaciones familiares, el acceso a redes de apoyo social y su percepción, así como otros recursos sociales y psicobiológicos (solución de problemas, habilidades interpersonales o sociales, temperamento y autoestima), por lo que sería deseable poder estudiarlos de manera conjunta.

Continua vigente la necesidad de estudiar el afrontamiento como un proceso que puede mediar entre el riesgo y/o estrés y los desenlaces adolescentes, ya que a su vez se relaciona con otras variables y porque los datos, a veces contradictorios, han generado controversia. Esto fundamenta la idea de investigar sobre el papel del afrontamiento ante la situación de pobreza y su relación conjunta con el funcionamiento familiar y otras variables como el apoyo social.

Apoyo social

*“...es un acto social, en el que cada uno disfruta de los demás”
(Baudelaire, 1842)*

La relevancia del apoyo social para la *psicopatología del desarrollo*, deriva de su relación con las trayectorias y desenlaces adolescentes en términos de psicopatología y de resiliencia (Garnezy, 2000). Buena parte de la investigación se deriva del modelo protector del estrés centrado en la percepción de la disponibilidad del apoyo social de Cohen y Willis, cuya premisa principal es que el apoyo social interviene como un factor mediador y protector entre los sucesos estresantes y las reacciones del adolescente, reduciendo y previniendo problemas relacionados con el estrés (Ebata, et al., 2002; Thompson, Flood & Goodvin, 2006).

Los recursos sociales con los que cuentan los adolescentes, son otro factor implicado en el proceso de adaptación, como un recurso que se puede combinar con otros factores como por ejemplo el afrontamiento, de ahí también su relación con la resiliencia.

Existe evidencia de la relación conjunta entre apoyo social percibido, afrontamiento, estrés y desenlaces adolescentes. En este sentido, es importante reconocer también la naturaleza multifactorial del apoyo social, por lo que existen algunos modelos que intentan explicar la relación entre esta importante fuente de recursos, el afrontamiento y la

adaptación.

Las fuentes de apoyo social como la familia, los amigos, los pares y de redes más amplias de apoyo social pueden amortiguar el riesgo, en especial en poblaciones vulnerables (Barrera, et al., 2000; Felner, et al., 1985). También la percepción del apoyo y la búsqueda del mismo como un recurso de afrontamiento se consideran factores de protección contra el estrés que distinguen a los adolescentes resistentes al estrés o resilientes (Seiffge-Krenke, 1998, 2000; Sieffge-Krenke, et al., 2002).

La percepción del apoyo social puede resultar particularmente significativa para manejar el estrés, ya que puede influir en el despliegue de ciertas estrategias de afrontamiento ante situaciones o sucesos estresantes. Es la percepción de que otros pueden proporcionar los recursos necesarios, lo que redefine la situación del estrés y la búsqueda de apoyo social. No obstante, existen datos controversiales con respecto al apoyo social en general, así como de la búsqueda del apoyo social como estrategia del afrontamiento activa y efectiva, cuando se trata de comunidades en riesgo.

Definición y dimensiones del apoyo social

El apoyo social puede ser concebido como una red social de naturaleza estructural y funcional, a través de la cual se provee información, apoyo emocional y ayuda de tipo instrumental.

Se hace referencia al *apoyo social* como un proceso a través del cual las relaciones sociales proveen, o que potencialmente pueden proveer, recursos materiales, o de índole interpersonal, que son valiosos para quienes los reciben, tales como consejo y servicios, lo que implica compartir tareas y responsabilidades, así como adquirir habilidades a través del intercambio (Thompson, et al., 2006).

Otras definiciones mencionan que el *apoyo social* se refiere a la retroalimentación que reciben los individuos de sus congéneres, que hacen que se sientan amados, estimados y/o valorados; lo cual implica relaciones con familiares y amigos (Martínez, 2004).

El *apoyo social* suele estar delimitado a partir de las estructuras de una red social y de su posibilidad de acceso a ellas. Es dado y recibido a través de un contexto relacional. Las fuentes de apoyo social para adolescentes representan diferentes formas y niveles de interacción, y pueden ser descritas en términos de diferentes sistemas proveedores, formales o informales, tanto del microsistema como del macrosistema.

En el microsistema se ubica a la familia como un recurso informal valioso de apoyo social a través de los padres, hermanos, familiares como los abuelos, tíos, primos, que implican a la familia extensa, por un lado, y por otro, a los amigos cercanos o “íntimos”. También se puede identificar a la escuela como una fuente de apoyo formal, pero que en su interior puede proporcionar apoyo informal, por ejemplo de los pares y los maestros. En el macrosistema se pueden identificar otras redes sociales que representan fuentes de apoyo social, por ejemplo de adultos significativos como “tutores”, terapeutas, trabajadores sociales, y otras personas importantes para el adolescente (Barrera, et al., 2000).

La distinción entre accesibilidad a apoyo social y apoyo social percibido, es relevante cuando se analizan también las relaciones entre el manejo del estrés y la adaptación. Sin embargo, como advierte Kaniasty (2009), frecuentemente se hace referencia al apoyo social de manera genérica, sin tomar en cuenta la distinción entre sus diferentes dimensiones, facetas, y tipos o fuentes, así como la cantidad y calidad de las mismas. Lazarus, et al (1991), hacen la distinción entre apoyo emocional y apoyo instrumental.

El apoyo emocional son todas aquellas acciones involucradas en el intercambio emocional a través del establecimiento de relaciones interpersonales de ayuda que puede ser proporcionada por fuentes formales o informales. Implica dar o recibir expresiones de afecto, de empatía, y de contención emocional, que pueden ser valiosas especialmente para enfrentar la crisis en situaciones difíciles y de estrés. El recibir un consejo, una guía, el sentirse escuchado, proporciona una sensación de apoyo y de bienestar emocional a la mayoría de las personas, incluyendo a los adolescentes.

El apoyo de tipo instrumental también es importante, porque contribuye a dar estabilidad, dando soporte al proporcionar recursos o bienes materiales, así como mostrar conductas dirigidas a la solución del problema, para que una persona pueda enfrentar las contrariedades cotidianas o mayores y seguir adelante.

También se incorpora como fuente de apoyo social el acceso a la información, ya que puede resultar útil para afrontar los problemas. El recibir información, guía, materiales de apoyo, servicios de orientación, son ejemplos de esta tercera faceta del apoyo social (Thompson, et al., 2006).

El *apoyo social percibido* o percepción del apoyo social, se considera una dimensión del apoyo social e implica la creencia o percepción de un individuo respecto al apoyo social que necesita para cubrir sus demandas (Lazarus, et, al, 1991).

El apoyo social percibido es un componente muy importante de índole personal, estrechamente relacionado con el afrontamiento, respecto a una situación estresante. La importancia del apoyo social depende de qué necesita el que lo recibe y del valor que le otorga, así como de quien lo provee.

La percepción de apoyo emocional se refiere al sentimiento de que se recibe apoyo y se puede recibir afecto o soporte emocional de parte de otras personas, por ejemplo, los miembros de la familia nuclear, como de la familia extensa, de otras redes sociales fuera de la familia, ubicados en la escuela, o los grupos de referencia, incluidos los pares y los maestros, así como de personas significativas que se ubican en las redes sociales como padrinos o “tutores” (Lazarus, et al., 1991).

La expectativa de que se puede contar con alguien para resolver un problema, atender una responsabilidad, para enfrentar una situación difícil, para realizar una tarea, o adquirir una habilidad, implica percibir apoyo social de tipo instrumental. La búsqueda de todos estos tipos de apoyo está relacionada con la valoración subjetiva de su disponibilidad por parte del adolescente.

Apoyo social percibido y adaptación

De manera reiterada se subraya la importancia de estudiar los recursos de apoyo social, la comunicación social y familiar, así como el afrontamiento, en tanto que han demostrado estar estrechamente ligados a procesos de adaptación positiva, por lo que se reconoce su papel protector. A partir de su estudio se pueden diseñar programas de fortalecimiento de redes sociales, lo que podría contribuir a la disminución de problemas emocionales reflejados en los perfiles epidemiológicos de los adolescentes (Felner, 2000; Fergusson, et al., 2003).

El apoyo social, en particular el apoyo social percibido, es considerado como una variable mediadora importante en la relación entre estrés psicosocial y biológico y los desenlaces adolescentes. Se reporta que tiene una función protectora cuando es positivo, ya que amplía el bienestar, tanto físico como psicológico, atenuando los efectos de los estresores (Kirchner & Forns, 2000; Norris & Kaniasty, 1996).

Se reconoce que la habilidad para buscar apoyo de otros, y la percepción de recibir el apoyo de otros, son aspectos básicos en el proceso de adaptación. La búsqueda de apoyo representa una estrategia de afrontamiento que se considera efectiva en la mayoría de los modelos de afrontamiento propuestos, sin embargo, la investigación ha encontrado algunos

resultados diferentes cuando se encuentra asociado a otras variables explicativas. Por ejemplo, padres que no proporcionan un buen apoyo social, o que no son capaces de dar lo indispensable a sus hijos no serán percibidos por sus hijos como fuente de apoyo y buscarán el apoyo fuera de la familia (Jessor, et al., 1998). Es la percepción de que otros pueden proporcionar los recursos necesarios lo que redefine la situación del estrés y las estrategias de afrontamiento.

Esta misma idea es sustentada de manera amplia por Ebata, et al (2002), quienes afirman que el apoyo social se ha encontrado como un importante mediador entre el estrés y el bienestar emocional, más cuando es percibido y aceptado durante la situación estresante. De esta forma, las relaciones y el apoyo social son un conjunto de factores necesarios que mantienen el adecuado funcionamiento y bienestar del adolescente, dentro de un proceso acumulativo de apoyo, cuando se percibe disponible.

Galaif, Sussman, Chih-Ping y Willis (2003) señalan que un adolescente que se desarrolla y que percibe un ambiente de apoyo social, generalmente presenta mayor bienestar psicológico, basado en las experiencias positivas que le suele proporcionar una amplia red de apoyo social, en la cual están incluidos los padres, maestros y pares, por lo que es más probable que lo busque también ante situaciones problema o estresantes.

Se reconoce que de todos los tipos de apoyo social el que proviene de la familia es el más importante. El apoyo parental se considera como una fuente primaria de apoyo, ya que también median el acceso de sus hijos a otros tipos de apoyo social, tanto formal como informal, sin embargo, durante la adolescencia los amigos representan otro tipo de apoyo no menos importante y dependiendo del contexto puede incluso asumir un papel preponderante en el desarrollo del adolescente (Costa, Jessor, Turbin, Dong, Zhang & Wang, 2005).

También se ha hecho distinción entre el efecto del apoyo social de la madre y del padre. Se señala que el apoyo de la madre en general resulta un factor protector que puede mediar entre diversos problemas durante la adolescencia como la violencia, la conducta antisocial y la depresión en los adolescentes (Hartos & Power, 2000; Martínez, Murgui, Musitu & Monreal, 2008).

Tal es la importancia que en el campo de la resiliencia se le concede al apoyo social en la niñez y la adolescencia, que algunas líneas de investigación se han orientado a su estudio y a su promoción a diferentes niveles. Barrera, et al (2000) presentan una revisión de diversos proyectos y programas basados en el apoyo social por parte de los padres y de la comunidad en diversas poblaciones, particularmente en escolares. Algunos tienen como

objetivo desarrollar pautas de apego temprano en los niños, otros están enfocados a promover competencias y habilidades psicosociales de acuerdo a la edad, otros más se centran en el desarrollo de habilidades específicas para el manejo del estrés; así como para apoyar la transición de niños y preadolescentes de un ciclo escolar a otro, que les permita adaptarse a los cambios, y así sucesivamente.

Muchos programas tienen a su vez estrategias de “empoderamiento” de los padres para que proporcionen apoyo a sus hijos. A través de los diferentes estudios que se describen se ha podido comprobar la importancia de la participación de la familia y la escuela en la promoción de la salud y patrones resilientes en los adolescentes (Felner, 2000).

Medición del apoyo social percibido

Al igual que otras variables estudiadas en el campo de la resiliencia, se han utilizado diferentes formas para evaluar el apoyo social y el apoyo social percibido. Algunos estudios los han evaluado a través de algunos ítems elaborados específicamente para ello (p.e. Gómez, et al., 2006), otros han utilizado instrumentos estructurados con ese fin, y otros más se han basado en diversas medidas que en conjunto proporcionan datos sobre el apoyo social y apoyo social percibido (p.e Luthar, et al., 2000).

El Cuestionario de Apoyo Social de Fernández del Valle y Errasti para adolescentes, permite evaluar la estructura y funcionamiento de las redes sociales. En particular, la parte que evalúa la funcionalidad, tiene tres reactivos que miden la percepción del apoyo social por parte de los adolescentes en tres dimensiones: confianza, ayuda y afectividad. Evalúa tanto el tamaño como la intensidad del apoyo social percibido (Bravo & Fernández del Valle, 2003).

La Escala de Apreciación de Apoyo Social, es un instrumento adaptado para adolescentes y jóvenes de la escala original Social Support Appraisals Scale -Vaux, 1985- (Martínez, 2004). Consta de 23 reactivos tipo Likert, en una escala del 1 al 4, en donde 1 es muy de acuerdo y 4 muy en desacuerdo, organizados en tres escalas o factores, 8 reactivos para Familia, 7 para Amigos, y 8 para Otros, que en su conjunto evalúa apreciación de apoyo social, recursos de apoyo social y bienestar. La escala original en inglés ha sido utilizada en algunos estudios de estrés, migración y salud mental en adolescentes (Zamora, 2006).

El Relational Support Inventory -RSI- (Scholte, Leishout & Aken, 2001) es una escala de 27 ítems que evalúa apoyo emocional, el respeto por la autonomía, apoyo informacional,

metas y aceptación como persona. Este instrumento ha sido traducido y utilizado en estudios en España (Martínez, et al., 2008), sin embargo, no se encontraron muchos estudios que reporten su adaptación y estandarización para su uso en población de habla hispana.

Con énfasis en la evaluación de la percepción del apoyo social, se elaboró el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero & Musitu, 2002) que mide tanto apoyo global, como apoyo emocional, instrumental, y funcional. Parte de una pregunta que indaga sobre un máximo de 10 personas significativas. Su base, es una escala Likert de 5 puntos, que va de 1=siempre a 5=nunca.

El Inventario Autodescriptivo del Adolescente -IADA- (Barcelata, Lucio & Durán, 2006; Lucio, Barcelata & Durán, 2007, 2009) es un autoreporte multidimensional que consta de 133 reactivos dicotómicos SI/NO agrupados en las áreas: Familiar, Escolar, Personal, Social y Salud, de los cuales algunos exploran la percepción del apoyo social en las áreas, familiar, social y escolar, así como 34 ítems descriptivos para contextualizar el entorno del adolescente. A través de algunos de los reactivos se ha podido comprobar la relación entre la percepción del apoyo social y la salud en adolescentes escolares (Arenas, Lucio & Durán, 2007; Arenas, et al., 2008).

Evidencia empírica

La mayoría de la investigación evidencia que el apoyo social tiende a amortiguar la exposición al estrés, sin embargo, existen algunos datos contradictorios que hacen pensar que el apoyo social es otra variable más, que por sí misma no siempre resulta ser un factor de protección de los efectos nocivos del estrés y de la adversidad, ya que existen algunos aspectos contextuales del apoyo que están relacionados básicamente con el cuánto, cómo y quien(es) interactúan en el proceso relacional, como se aprecia a través de algunos estudios.

El apoyo social, en especial de los padres y de los miembros de la familia, ha sido asociado al ajuste de niños y adolescentes en diferentes situaciones de adversidad, ya que pueden ofrecer guía y soporte emocional. Para los adolescentes, los padres y los amigos cercanos siguen siendo una fuente primaria de apoyo social en situaciones de crisis y eventos traumáticos (Barbanel, Alpert, Gutwitch, Killian, LaGreca & Schreiber, 2004).

Reportes previos (p.e. González-Forteza, 1996; González-Forteza y Andrade; 1995; González-Forteza, et al, 1993) muestran que la ideación suicida presenta relación negativa con el apoyo familiar y el apoyo de los amigos. Una relación armoniosa con los padres, a

quienes se perciben afectuosos y preocupados, se asocia con menor probabilidad de búsqueda de apoyo de pares y amigos, y viceversa. Por el contrario, los adolescentes con problemas emocionales, reportan sentimientos de soledad y no utilizan recursos de apoyo por parte de los padres, ni de los amigos, aumentando la sensación de soledad y desesperanza y con ello la ideación suicida.

En varios estudios con delincuentes y controles (Reuchkin, et al., 1999; Reuchkin, et al., 2002) se encontraron diferencias significativas en el papel de los padres en ambos grupos. Se reporta que los controles, o adolescentes libres de problemas, tenían mayor soporte por parte de los padres, especialmente el apoyo de la madre. Asimismo se evidenció la relación entre la historia familiar de abuso de alcohol, y las conductas de los adolescentes, que mostraba la influencia de los patrones familiares y las conductas de consumo de alcohol de los hijos, lo que implica alteraciones en su trayectoria.

Bravo, et al (2003), en un estudio comparativo sobre las redes de apoyo social y su percepción, entre adolescentes acogidos en residencia de protección y población normativa integrada por escolares, encontraron que el grupo de escolares percibe mayor apoyo social, tanto en el apoyo instrumental, como en el emocional y en el informativo, a pesar de que el tamaño de la red de los adolescentes acogidos era amplia. Aunque este último grupo percibió más apoyo solo en el caso de los hermanos y de los amigos, su percepción de apoyo de la red total fue menor.

Un estudio multifactorial sobre la resiliencia psicosocial en adolescentes rurales (Tusaie, et al, 2007) incluyó el apoyo social percibido, entre otras variables, como sucesos de vida negativos, optimismo, género y edad. Reportaron que el apoyo social percibido de la familia, junto con el optimismo, resultó una variable que contribuyó de forma parcial a predecir la resiliencia, aunque el de los amigos tuvo un efecto mayor en el apoyo social percibido, en adolescentes mayores. En este mismo sentido, Mickelson y Kubzansky (2003) al examinar diferentes aspectos del apoyo social, desde las redes sociales hasta la percepción de apoyo, en una muestra que incluyó adolescentes, informan que el apoyo social puede mediar entre los eventos estresantes asociados a nivel socioeconómico bajo, pero que ante sucesos estresantes crónicos las redes sociales pueden debilitarse y la percepción del apoyo disminuye, entonces los sucesos pueden tener un impacto mayor y liderar los problemas.

Galaif, et al (2003) han encontrado que, en especial, el apoyo de los padres tiene un efecto protector, disminuyendo el estrés y el uso de estrategias centradas en emociones

negativas como la ira, relacionadas con las conductas problemáticas como delincuencia y uso alcohol y droga en adolescentes. Parte de estos hallazgos se corroboran en un estudio previo sobre apoyo social con adolescentes mexicanos (González-Forteza, et al., 1993) que indica la importancia del apoyo social en la salud de los adolescentes. En él se refieren al apoyo social, tanto instrumental como emocional. Se subraya el papel de la familia, los maestros y los pares y su participación en el apoyo social, lo cual se encontró relacionado con reducción de sintomatología internalizada.

Méndez y Barra (2008), al comparar dos grupos de adolescentes de 14 a 18 años; uno de ellos infractores de la ley y otro de no infractores, encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Evaluaron la amplitud de la red de apoyo, apoyo total y las dimensiones emocional, consejo, instrumental y reciprocidad. Los no infractores reportaron mayor percepción de apoyo social y en particular apoyo familiar, específicamente de los padres, en comparación al grupo de infractores.

Barra, Serna, Kramm y Véliz (2006) evaluaron la relación entre diferentes variables como estrés percibido, eventos estresantes, afrontamiento y problemas de salud, poniendo énfasis en el apoyo social percibido. Los estresores acumulados presentaron mayores índices de correlación con ánimo depresivo, sin embargo, a su vez se encontró asociado afrontamiento evitativo y percepción de apoyo social baja. Encontraron diferencias de género entre la percepción y búsqueda de apoyo social, presentándose en mayor medida en las mujeres en comparación con los hombres, los cuales presentaron mayores niveles de estrés y problemas de depresión.

Fantin, Florentino y Correché (2005) por su parte, estudiaron la relación entre estilos de afrontamiento, personalidad y apoyo social percibido, con hombres y mujeres adolescentes de 15 a 18 años de edad, de una escuela privada. El estudio pone de relieve la importancia de estudiar el afrontamiento junto con el apoyo social, ya que a través del modelo de Frydenberg, et al (2000), encontraron problemas de personalidad relacionados con afrontamiento poco eficaz con el uso de estrategias de evitación y bajos puntajes en la búsqueda de apoyo social; lo cual resulta similar a lo que reportan Calvete y Connor-Smith (2006), ya que en un estudio transcultural, estudiantes americanos y españoles tenían percepción del apoyo social semejante, concluyendo que la percepción es relativamente independiente del contexto cultural, pero que se vincula con la cantidad y la calidad de soporte provisto así como de esquemas o características de personalidad.

No en todos los estudios se ha observado una influencia positiva del apoyo social y la percepción del apoyo social sobre el desarrollo de los adolescentes. El apoyo social considerado generalmente como una variable protectora puede llegar a tener consecuencias no deseables en las conductas de los muchachos, como se ha reportado en algunos estudios, ya que puede estar relacionado con variables a nivel distal que podrían ser un riesgo. Meyers y Miller (2004) en un estudio específico sobre las características del vecindario y su influencia en los desenlaces adolescentes, entre otras variables, evaluaron las características de los pares como un mediador, encontrando que pueden tener una influencia negativa o positiva sobre el desarrollo de conducta antisocial o prosocial respectivamente, ya que adolescentes que viven en colonias consideradas de alto riesgo psicosocial tienen a su vez mayor probabilidad de presentar conductas de riesgo como alcoholismo y ser una influencia nociva.

Cuando existe percepción de apoyo social, ésta funciona como un moderador de la ansiedad, depresión y otros problemas psicológicos, como conducta agresiva o antisocial, encontrándose asociado con bienestar psicológico. Ciertamente, el apoyo social parece ser un factor esencial para el manejo del estrés. Las relaciones de apoyo, ya sea emocional o instrumental, pueden generar en el adolescente una sensación de bienestar que le permite sobrellevar los eventos estresantes tanto internos como externos. Sin embargo, se reconoce que la asociación entre apoyo social y estrés es compleja. Los resultados en ocasiones contradictorios hacen pensar en la necesidad de continuar estudiando el apoyo social dentro y fuera del proceso de afrontamiento, así como el apoyo social percibido, por lo que es una variable más de estudio en el presente proyecto.

Contexto familiar y desenlaces adolescentes

“Crecer es un asunto familiar”

(Kimmel & Weiner, 1998, p.235)

Dentro del campo de la resiliencia, la perspectiva de psicopatología del desarrollo así como la ecológica-transaccional, consideran que las tareas básicas del desarrollo durante la adolescencia están enmarcadas, tanto por el contexto proximal como el distal. La familia en su calidad de variable proximal ocupa un papel preponderante, aunque existen otros factores de tipo distal, como la escuela y las redes sociales de mayor alcance. Es a través de un proceso transaccional entre factores proximales y distales, que se establecen resultados positivos o negativos en términos de adaptación positiva y resiliencia.

Se reconoce la relación recíproca adolescente-familia (Ebata, et al., 2002). Los cambios que ocurren durante la adolescencia implican variaciones a nivel relacional, que tienen resonancia en el sistema familiar modificando su dinámica, lo cual, a su vez, incide en el desarrollo del adolescente.

La familia tradicionalmente conceptuada como la base del desarrollo de los individuos ha sufrido transformaciones, algunas de ellas forzosas a fin de adaptarse a las nuevas condiciones y estilos de vida en función de la globalización (Kliksberg, 2004).

Las funciones sustantivas de la familia en términos sociales, económicos, emocionales y de salud en general, se han visto trastocadas por las demandas de la sociedad, quedando en un estado de mayor vulnerabilidad lo que implica que dichas funciones se vean minimizadas o deterioradas repercutiendo en la vida de sus miembros.

Se señalan múltiples factores dentro de la familia, que suelen funcionar sobre la base de un continuo riesgo-protección (Conger, et al., 2002; Everall, et al., 2006; Wagner, 1998). Entre los factores familiares se mencionan: a) el estatus socioeconómico de la familia; b) el estándar de vida, c) la estabilidad en la configuración familiar; d) las relaciones entre los padres e hijos; e) la capacidad de ajuste de los padres; f) la cohesión familiar; g) abuso sexual durante la infancia; h) el uso del castigo físico por parte de los padres; i) conducta delictiva; j) problemas de alcohol y drogas en los padres; y k) historia de conducta suicida en la familia.

Familias en riesgo y estrés económico

El deterioro de las condiciones de vida ha afectado a la mayoría de las familias latinoamericanas que en su mayoría tienen niños y adolescentes (Maddaleno, et al., 2003; WHO, 2004). Por ejemplo, según algunas estimaciones, en la pasada década, el 51.7% de la población vivía en la pobreza, asimismo la tasa de desempleo urbano en América Latina del 1998 al 2006 era del 10.4%, (CEPAL, 2007; Kliksberg, 2004) dando como resultado, la migración de los padres, el incremento en la economía informal, la consecuente incorporación de mujeres y madres de familia a la vida “productiva” del país, y la reconfiguración de la dinámica familiar, lo que ha puesto a prueba la capacidad de adaptación de las familias ante dichas circunstancias.

El INEGI (2005b) reportó que aproximadamente 97 millones de personas viven en familia, de las cuales 66 millones son nucleares, 30 millones familias extensas y 2 millones

no viven en familia lo que sugiere que las transformaciones de la familia continúan y que ello impacta de manera directa a sus miembros cambiando las interrelaciones al interior del grupo familiar.

Por su parte la CONAPO (2005, 2010) señala un aumento en el número de hogares que cuentan con la contribución económica de las mujeres. Cuatro de cada diez hogares son sostenidos únicamente por ellas, lo que implica cambios no sólo en la configuración familiar sino también en su dinámica, como por ejemplo, el que los hijos pasen al cuidado de otros familiares, el surgimiento de hijos parentales, o la escasa o nula supervisión de los padres a sus hijos, durante prolongados periodos de tiempo.

En este sentido, se puede decir que la crisis ha alcanzado a los individuos “a través de las familias”. La capacidad de adaptarse a estos cambios por parte de la familia, en la actualidad implica un desafío para la propia familia, así como para sus miembros.

El enfoque de la resiliencia considera a la familia como una variable intermedia entre la pobreza o nivel socioeconómico bajo y los desenlaces adolescentes que puede asumir tanto una función de protección como de riesgo, lo cual puede explicar los diferentes resultados del desarrollo de niños y adolescentes (Conger, et al., 2002; Garnezy, 1991; Grotevant, 1998). La situación económica, como un factor distal, como se mencionó, impacta de manera indirecta a los adolescentes a través de la familia por su asociación a diferentes problemáticas familiares y a desenlaces adolescentes negativos.

Patterson (2002) y Sameroff (Sameroff, 1998; Sameroff, et al., 2006) coinciden en que las familias presentan diferente grado de riesgo (alto o bajo riesgo). Una familia puede ubicarse como de alto riesgo cuando tiene pocas fuentes de protección, como el ingreso económico, el apoyo social y la escolaridad de sus miembros, especialmente de los padres.

No obstante, se advierte que pesar de que el ingreso y nivel socioeconómico, son variables que por separado pueden predecir la resiliencia o psicopatología, no son el único marcador de riesgo. Por tanto tienen que ser estudiadas otras variables relacionadas con las circunstancias económicas, que no son lo mismo que el nivel socioeconómico, como el nivel escolar y ocupación de los padres, pero que suelen tener una influencia indirecta en el desarrollo adolescente (Sameroff, Gutman & Peck, 2003).

Desde hace décadas se ha puesto de manifiesto que los estresores crónicos en la familia proceden de la combinación de diferentes adversidades familiares y no de una sola (Rutter, 1985). Los estresores familiares provenientes de la configuración e interacción

familiar, tienden a potenciar cada uno de los estresores individuales y grupales, en tanto que crea un efecto sinérgico, en el cual los efectos combinados tienden a exceder la suma de cada factor estresante de manera aislada, dando origen a discontinuidades en el desarrollo.

Los estudios multinivel en resiliencia, enfocados a grupos con restricciones económicas, incluyen aspectos del funcionamiento familiar como comunicación, cohesión, conflicto, y su efecto, como variables mediadoras de las experiencias estresantes y condiciones de riesgo asociadas a las presiones económicas o pobreza (Plunkett, Radmacher, Kimberly & Moll-Phanara, 2000; Wadsworth, et al., 2002, 2005; Werner, et al., 1992).

La evaluación integral de la resiliencia en adolescentes que viven en condiciones de riesgo como la pobreza o las presiones económicas, implica un estudio multinivel, de ahí la importancia de evaluar de manera específica el funcionamiento familiar por las repercusiones directas e indirectas sobre las trayectorias y desenlaces adolescentes.

Funcionamiento familiar

La investigación evidencia que las formas de interacción al interior de la familia, ocupan una posición central en los procesos de adaptación de niños y adolescentes. El funcionamiento familiar ha sido definido a partir de algunos mecanismos básicos familiares, con base en los cuales la familia se va construyendo y va desarrollando capacidad de contención, lo cual proporciona estructura para el crecimiento armónico de sus miembros.

Patterson (2002) supone que entre más problemas tenga que enfrentar el adolescente, aumenta la probabilidad de problemas emocionales y de adaptación. Sin embargo, el adolescente puede ser capaz de desarrollarse de manera armónica hacia la consecución de la madurez, siempre y cuando cuente con los suficientes recursos tanto internos como externos, de los cuales la familia es fundamental. El adecuado funcionamiento familiar sería un ejemplo de un recurso para enfrentar las demandas durante la adolescencia.

Para entender la relación entre nivel socioeconómico, presiones económicas y los desenlaces adolescentes, es importante incluir el estudio del funcionamiento de la familia desde un enfoque integral por todas las variables familiares y extrafamiliares implicadas en el desarrollo adolescente. Por ello la investigación de la relación de variables multidimensionales, como la pobreza y la resiliencia implica un estudio multinivel.

Definición e indicadores del funcionamiento familiar

Con base en un enfoque sistémico (Bertalanffy, 1978) y ecológico (Bronfenbrenner, 1987), la familia es concebida como un sistema socioculturalmente abierto que interactúa con otros sistemas o subsistemas internos (individual, fraterno, parental), como externos (escuela, grupos de referencia) a los cuales es sensible y con los cuales establecen interacciones dialécticas, a través de un proceso dinámico y cambiante en constante transformación.

Existen diversos modelos que estudian a la familia, sin embargo, dentro del enfoque sistémico, el enfoque estructural es reconocido como el pionero en el abordaje integral de la familia (Minuchin, 1995; Minuchin & Fishman, 1992). Este enfoque define a la familia como un grupo natural en el cual se establecen patrones o pautas de interacción que le dan forma, movilidad o capacidad de transformación a lo largo del ciclo vital, así como flexibilidad o capacidad de ajuste a las transiciones en función de las circunstancias. Es a través de la familia que se modelan pautas comportamentales y se promueve el crecimiento integral de los adolescentes.

Considerando varios puntos de vista, la familia puede definirse como:

a) un sistema en constante transformación, con la capacidad de adaptarse a las diferentes exigencias de los diversos estadios del desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen (McGoldrick & Carter, 2003; Minuchin, 1995).

b) un sistema activo que se autogobierna, una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones, originadas por cambios intrasistémicos, y/o intersistémicos.

c) como un sistema semi-abierto en interacción con otros sistemas amplios, es decir, siempre en relación con otros sistemas de la sociedad de tal manera que lo que acontece en el marco económico, cultural o político, repercute en ella y a su vez en los hijos.

La familia como sistema abierto, se reconfigura a partir de las experiencias de vida por las que atraviesa a lo largo de su ciclo vital. La organización del sistema familiar se presenta en términos del número de miembros, posiciones e interacciones dentro y fuera de él, poniendo de manifiesto la manera de agruparse ante una situación determinada y definiendo así su *funcionamiento*, en términos de la *cohesión familiar*, la *comunicación* y la

adaptabilidad familiar (McCubbin, et al., 1983; McGoldrick, et al., 2003; Minuchin, et al., 1992; Rivera, 1999).

Dentro de la amplia gama de aspectos familiares, la literatura en resiliencia retoma algunos de los postulados del enfoque sistémico para explicar los procesos familiares. Menciona de manera recurrente, a la comunicación familiar, el nivel de cohesión, la flexibilidad del sistema familiar, y la expresión del afecto, como los factores que influyen en el desarrollo de los adolescentes (Davis, et al., 2006; Kirchner, et al., 2000; Masten, 2001; Masten, et al., 1998; Werner, et al., 1992).

El *funcionamiento familiar* es un proceso complejo, producto de las pautas transaccionales entre sus miembros al interior y al exterior del grupo familiar, que les permite organizarse y autoregularse de manera dinámica.

Varios modelos sobre funcionamiento familiar, como por ejemplo el *modelo circunplejo de la familia* de Olson (2000) o el *modelo de funcionamiento familiar* de McMaster –MMFF- (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000) coinciden en identificar varios mecanismos centrales que pueden ser la base para su estudio: 1. *cohesión familiar*, 2. *comunicación*, 3. *adaptabilidad o flexibilidad familiar*, y 4. *conflicto y tácticas de solución del conflicto*.

La *cohesión familiar*, se entiende como el grado de involucramiento o vinculación afectiva entre los miembros de la familia. Los vínculos se encuentran estrechamente relacionados con la capacidad de diferenciación entre los subsistemas. Se explica a partir de la cercanía y la individualidad o autonomía emocional entre sus miembros lo que apoya al adolescente a cumplir con una de las tareas básicas del desarrollo: la consolidación de la identidad (McGoldrick, et al 2003; Olson, 1991).

En las familias cuyos límites son rígidos, generalmente se presenta un excesivo grado de involucramiento que no le permite al adolescente diferenciarse de los otros. Por el contrario los límites difusos están asociados con un débil o ausente involucramiento afectivo. Un “exceso” de cohesión familiar puede llevar al amalgamiento emocional con la consecuente dificultad de diferenciación de sus miembros y de la construcción de la identidad. Por el contrario la falta de cohesión o bajo involucramiento implica desvinculación emocional, sensación de abandono, y de falta de apoyo familiar (Minuchin, 1995; Minuchin, et al., 1992).

Un concepto con significado similar es el de *unión*, propuesto por Rivera (1999) para referirse al nivel en que la familia es capaz de reunirse y apoyarse en todos los aspectos, lo cual es básico para el desarrollo de la resiliencia.

Se reconoce que la comunicación en la familia tiene un rol central en el proceso de la resiliencia o la resistencia al estrés (McCubbin, et al., 1983; Werner, et al., 1992). La *comunicación* puede ser entendida como todo tipo de expresiones verbales y no verbales (Davis, et al., 2006) que se intercambian entre los familiares, a fin de resolver las situaciones cotidianas y de expresar el afecto. La forma de comunicación entre los miembros de la familia está relacionada con las pautas de desarrollo del adolescente, ya que los patrones de comunicación, son un elemento más que determina parte del *funcionamiento familiar*, y éste a su vez, se asocia con los patrones de comportamiento adaptativos de niños y adolescentes. Se indica que el mantener una comunicación directa, abierta y fluida entre los miembros de la familia es vital para el desarrollo armónico del sistema y de sus miembros a fin de responder ante las demandas de la vida diaria.

La *adaptabilidad familiar* se plantea como la habilidad de la familia para ajustarse y reaccionar de manera adecuada al cambio; la capacidad de respuesta al estrés situacional o producido por las pautas de desarrollo que le plantea su propio ciclo vital y la de sus miembros (Olson, 1991). Este concepto también ha sido identificado con el nombre de flexibilidad (McCubbin et al., 1983; Walsh, 2004), el cual se asume como las pautas de organización que dan capacidad a la familia para adaptarse al cambio, así como para la solución de problemas y del conflicto familiar (McGoldrick, et al., 2003; Miller, et al., 2000; Rivera, 1999).

Factores familiares de riesgo y protección

Con frecuencia se menciona que existen diversas fuentes de estrés dentro de la familia que pueden representar factores de riesgo para el desarrollo de los niños y adolescentes (Garmezy, et al., 1985; Rutter, 1985; Wagner, 1998). Existe evidencia de la relación entre múltiples factores de riesgo, como la presencia de eventos familiares estresantes, riñas familiares, presencia de trastornos psicológicos mayores como depresión y ansiedad entre los miembros de la familia, y problemas emocionales en los adolescentes (Lucio, et al, 2002, 2005), sin embargo, también se ha encontrado que la familia puede ser un moderador de las situaciones de riesgo, cuando presenta un funcionamiento equilibrado, ya que aumenta la resistencia al estrés de los adolescentes (Patterson, 2002). Cuando esto sucede se puede

decir que la familia es uno de los más fuertes predictores de la resiliencia.

Los indicadores de resiliencia para enfrentar adversidad múltiple y pobreza crónica familiar son las relaciones positivas, por lo menos con uno de los padres (Hartos, et al., 2000; Luthar, et al., 2003; Masten, Garmezy, et al., 1998; Rutter, 2000; Werner, et al., 1992).

Las connotaciones sistémicas y ecológicas sobre el funcionamiento familiar (Bronfenbrenner, 1987; McCubbin, et al 1983; Minuchin, 1992) han sido retomadas por el enfoque de psicopatología del desarrollo para entender las trayectorias y desenlaces adolescentes a partir de su contexto familiar. Algunos de los principios y conceptos básicos del enfoque sistémico han resultado útiles para explicar los mecanismos que subyacen en la dinámica familiar frente a los sucesos de vida estresantes y la adversidad.

La teoría del estrés familiar de McCubbin, et al (1982; 1983), propone que la combinación y el ajuste de todos los elementos del funcionamiento familiar, es lo que da como resultado la forma en que se adaptan la familia y los adolescentes a las transiciones y sucesos normativos y no normativos del ciclo vital, como pueden ser las crisis o presiones económicas.

Durante décadas, Rutter (p.e. 1987, 1993b, 2000, 2002) sostiene que las experiencias con situaciones estresantes o que impliquen adversidad, en particular dentro de la familia, pueden acrecentar la vulnerabilidad, aunque también pueden desarrollar resiliencia en los niños y adolescentes. Argumenta, que lo más importante no es la situación estresante actual, sino las experiencias constantes de estrés que están detrás de un trastorno mental. En una muestra de niños (82% provenían de familias con ningún factor de riesgo y el 20% presentaban de uno a cuatro factores de riesgo), los factores familiares de riesgo que observó fueron: bajo nivel socioeconómico, familia grande, severos problemas maritales, criminalidad en alguno de los padres y /o desorden psiquiátrico en la madre.

Garmezy, et al (1985) y Rutter (1985) en sus estudios con población general y con muestras clínicas, hacen mención de ello al referirse al alto riesgo familiar, representado por disturbios en la familia o familias rotas. Wolkiend y Rutter (1985) señalan que son las dificultades y pleitos familiares, más que la ausencia de alguno de los padres, lo que genera los trastornos emocionales. Mientras, otros hallazgos indican que al parecer las familias uniparentales tienden a aumentar tanto problemas emocionales como conductuales (Hsieh & Shek, 2008).

Sameroff y colaboradores (Sameroff, 1998; Sameroff, et al., 2003) han encontrado de manera reiterada diez variables de riesgo familiar que se contraponen a la resiliencia: 1. historia de enfermedad mental en la madre, 2. altos niveles de ansiedad en la madre, 3. perspectivas parentales que mostraban actitudes, creencias y valores rígidos con respecto al desarrollo de los niños, 4. épocas de interacciones negativas con sus hijos durante la infancia, 5. jefe de la familia sin una ocupación, 6. educación materna baja, 7. desventajas económicas, 8. familias uniparentales, 9 eventos de vida estresantes, y 10. familia grande o numerosa.

Se menciona que los cambios en el funcionamiento familiar en cuanto a roles; funciones; número de miembros; pautas de interacción y negociación; pérdida de algún miembro de la familia nuclear, así como de algún familiar o amigo cercanos; embarazo en los adolescentes; el nacimiento de algún nuevo miembro; el uso y abuso de sustancias dentro de la familia; violencia y abuso sexual; las presiones y crisis económicas, conflictos con la ley; de manera aislada o conjunta incrementan los niveles de estrés, impactando de manera significativa al adolescente (Meyers, et al., 2002; Patterson, 2002).

Se reitera que el funcionamiento familiar da pauta a formas de adaptación que interaccionan sobre la base de factores de riesgo como de protección al interior de la propia familia que van mediando la relación entre éstos y los factores de riesgo o adversidad externos. El funcionamiento familiar se deriva de la interacción de los recursos de sus miembros de manera individual, así como de la familia en su totalidad. Las formas relacionales entre los diferentes subsistemas familiares repercuten en todo el sistema familiar, en particular en las trayectorias y desenlaces de los adolescentes, como señala la evidencia empírica en el campo de la resiliencia.

Medición del funcionamiento familiar

Decidir el nivel adecuado de funcionamiento familiar es una cuestión compleja, cuando se trata de equipararlo como “normal”. Uno de los aspectos que influye en el establecimiento de los criterios de evaluación familiar es el contexto sociocultural en el que se inserta una familia (Hoffman, 1992). La organización y las pautas de interacción familiar varían con respecto a una cultura, al tiempo y a una familia determinada. Lo que es “normal” para una familia no lo puede ser para otra. De ahí que exista consenso en que es preferible referirse a la familia en términos de niveles de funcionalidad que puede correr en un continuo de muy alto u óptimo hasta deficiente o muy bajo (Walsh, 2004).

Para la evaluación de los diversos factores familiares implicados con la resiliencia en los adolescentes, se han desarrollado diversas estrategias de corte cuantitativo y cualitativo. Algunas se basan en los modelos teóricos planteados para describir el funcionamiento familiar que se configura a partir de la interacción entre los subsistemas familiares como el de los padres –parental- o de los hermanos –fraterno- mientras otras se enfocan más en la práctica clínica, para evaluar los procesos de transformación de la familia en psicoterapia.

Con el propósito de comprender los procesos familiares y su participación en la adaptación en la adolescencia, resulta esencial evaluar el funcionamiento familiar con base en la percepción de los adolescentes, ya que brindan mayor información sobre su relación con el estrés personal y su asociación con desenlaces negativos y positivos del desarrollo.

Mucha de la investigación en resiliencia retoma la evaluación del funcionamiento familiar a partir de métodos múltiples que involucran el uso de técnicas estructuradas, semiestructuradas y/o mixtas, por lo cual se reporta una amplia gama de instrumentos dimensionales o multidimensionales dirigidos a medir uno o varios dominios de la vida familiar.

Algunas mediciones del *funcionamiento familiar* se basan en observaciones directas o listas de chequeo que tratan de evaluar, la comunicación; el apoyo a la autonomía, y la orientación hacia las soluciones (Werner, et al 1992), así como indirectas, a través de cuestionarios que intentan evaluar básicamente la cohesión y la comunicación.

La Escala de Adaptación Familiar de Olson en sus versiones FACES -*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*- I, II, III y IV (Olson, 2000, Olson, et al., 1982), es un instrumento, que a pesar de que ha tenido gran aceptación a nivel mundial, también ha recibido críticas, en particular, su última versión basado en el *modelo circunplejo de la familia*. Lo integran 20 ítems de 5 puntos que van de 1=casi nunca a 5=casi siempre. Evalúa tres dimensiones, adaptabilidad, cohesión, comunicación por lo que ha sido utilizado en la investigación en resiliencia. Rivera (1999) en una amplia revisión sobre diversos instrumentos de funcionamiento familiar reportó índices de confiabilidad bajos para cohesión en población universitaria mexicana, además de señalar que no cuenta con normas mexicanas.

Otro instrumento de uso frecuente es la Escala de Clima Social Familiar (Family Environment Scale –FES-). Originalmente integrada por 90 ítems dicotómicos Verdadero/Falso agrupados en tres áreas, relaciones familiares, crecimiento personal y mantenimiento del sistema. Su propósito es medir aspectos del ambiente familiar como la

organización, la fijación de metas, la cohesión y la religiosidad. En investigación reciente con adolescentes mexicanos (Márquez, 2008), se probaron características psicométricas como consistencia interna con índices de Kuder-Richardson que oscilaron entre .26 y .72; se realizó un análisis de reactivos y poder de discriminación solo en las áreas de Organización, Conflicto y Cohesión (valores mayores de .50) en una versión de 110 ítems.

La Escala de Evaluación Familiar (Espejel, 1996) está conformada por 40 reactivos que se agrupan en 9 áreas, que miden funcionamiento familiar desde un enfoque sistémico-estructural: centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de la conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología. Sin embargo, más que una escala, es una lista de chequeo sobre la posición y funciones de diferentes miembros de la familia con respecto a las áreas mencionadas, a excepción del ítem 35 que incluye una tabla de frecuencia (muy frecuente, algunas veces, muy raro). Aunque se reporta su utilización en el estudio de la depresión y su relación con la dinámica familiar, su calificación tanto cuantitativa como cualitativa, hace que resulte de mayor utilidad en el trabajo clínico de casos que en el de la investigación.

Con base en la revisión minuciosa de instrumentos de evaluación familiar de uso frecuente en la investigación y la práctica clínica, Rivera (1999) elaboró una escala denominada Evaluación de Relaciones Intrafamiliares –ERI- con el objetivo medir el funcionamiento familiar a partir de la perspectiva de los adolescentes. Es una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo, que consta de 56 reactivos en su versión larga, y de 12 reactivos en su versión abreviada, que se integran en tres dimensiones: 1. Expresión, 2. Dificultades, y 3. Unión y Apoyo que exploran el nivel de cohesión, la comunicación y la expresión del afecto, así como el conflicto y su solución.

García y Rivera (2007) diseñaron una Escala de Funcionamiento Familiar que consta de 45 ítems en una escala del 1 al 5 (1=nunca, 2= casi nunca, 3=algunas veces, 4=frecuentemente, 5=siempre) integrados en cuatro dimensiones o factores. 1. Ambiente familiar; 2. Hostilidad/evitación del conflicto; 3. Problemas en la expresión de sentimientos, 4.Cohesión/Reglas. El primer factor evalúa patrones de relación vinculados con la satisfacción de las relaciones familiares, así como las formas de expresión del afecto, lo que implica el nivel de involucramiento afectivo, algunos de sus indicadores son armonía, relaciones afectuosas, libertad de expresión, entre otros. El segundo factor detecta hostilidad y evitación del conflicto, y sus indicadores son, crítica, no cooperación, quedarse callado,

hacer cosas por obligación. El factor tres evalúa problemas de expresión de sentimientos, sus indicadores son, la falta de claridad en las reglas, y dificultad para demostrar sentimientos. El cuarto factor evalúa el vínculo afectivo dominante y los patrones de relación vinculados con los límites, y sus indicadores son acuerdos, cariño, demostraciones afectivas.

A pesar de haber sido elaborados hace varios años, hay instrumentos que siguen utilizándose en la investigación en resiliencia como el Inventario de Cambios y Eventos de Vida de la Familia del Adolescente (A-FILE, de McCubbin, Patterson, Bauman & Harris) el cual está constituido por reactivos que exploran básicamente la estabilidad familiar y es contestado por el adolescente, y la Escala de Evaluación Personal Crisis Familiar (F-COPES) también de McCubbin, Larsen & Olson, ambos descritos por Olson, et al (1982), la cual indaga aspectos relacionados con el apoyo de la familia hacia el adolescente.

La Escala de Satisfacción de la Vida Familiar (KLFS) de Schumm, McCulum, Bugaighis, Jurich y Bollman (1986) también dirigida a adolescentes a fin de determinar el grado de satisfacción que tienen con respecto a diferentes aspectos de su vida familiar, como: el tipo de relación entre los padres, qué tanto saben combinar sus funciones de padres y de esposos; o la forma en que ellos llevan su vida (Olson, et al., 1982).

Algunos de los instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar están dirigidos a los padres, otras a los hijos y algunas a ambos. Sin embargo de acuerdo a la teoría del estrés familiar (McCubbin, et al, 1983; Patterson, et al., 1987) existen muchos indicadores de la adaptación de la familia a los eventos estresantes, por lo que la percepción de cada miembro juega un papel central en su evaluación, por lo que medir la percepción del adolescente con respecto al funcionamiento familiar es muy importante.

Evidencia Empírica

En las últimas décadas la investigación en resiliencia con niños y adolescentes ha incluido en sus estudios a los factores familiares, por la importancia que le concede a la familia como catalizador en los desenlaces adolescentes (p.e. Garmezy, 1991; Higgins & McCabbe, 1996; López, 2008; Machamer & Gruber, 1998; Márquez, 2008; Wagner, 1998; Werner, et al., 1992).

Frecuentemente las variables familiares se vinculan con otras de carácter proximal o distal, como el nivel socioeconómico, los sucesos de vida, el afrontamiento, los sistemas de

crianza, el apoyo social, dado el carácter multifactorial del estudio de la resiliencia, y por el papel central que tiene la familia en las trayectorias y desenlaces adolescentes.

Harris, et al (1986) en un estudio sobre depresión, demostraron que el funcionamiento familiar con respecto a las prácticas de crianza inadecuadas, representan factores de riesgo aumentando la vulnerabilidad en el adolescente, lo que hace suponer que las interacciones conflictivas en la familia son un factor predisponente de los trastornos emocionales en etapas posteriores. Rutter (1987) muestra que las relaciones disruptivas o conflictivas dentro de la familia, así como la falta de afecto de los padres, están asociadas con un incremento sustancial de trastornos emocionales y desórdenes de personalidad en la vida adulta, tal como se ha planteado en los trabajos longitudinales.

Felner, Brand, Duvois, Adan, Mulhall y Evans(1995) afirman que las experiencias de tipo proximal ubicadas dentro del microsistema familia, como el funcionamiento familiar y el apoyo social y familiar, pueden ser mediadores de los efectos de la pobreza o desventaja económica y social sobre la adaptación de los adolescentes. También Conger, Ge, Elder, Lorenz y Simons (1999) mencionan que el funcionamiento familiar conflictivo, en particular, formas de interacción hostiles o negativas por parte de alguno de los padres, o la falta de alguno de ellos, incrementa los efectos negativos de las presiones económicas sobre el desenlace adolescente por lo que funcionan como un factor de riesgo.

Hallazgos similares se reportan en otras investigaciones. Aguilera, et al (2004) señalan la importancia de la configuración y dinámica familiar en la adaptación de niños y adolescentes. La ausencia del padre en familias mexicanas migrantes en los Estados Unidos, representó mayor peso en el aumento de estrés en los hijos adolescentes más que otras condiciones asociadas a la migración.

Estudios realizados con adolescentes mexicanos que han involucrado variables familiares, han identificado problemas de conducta que tienen que ver con prohibiciones parentales, relacionadas a su vez con problemas con los amigos (*mi mejor amigo(a) traiciona mi confianza*); y la escuela, en especial problemas con las autoridades (González-Forteza, et al., 1997).

En su extenso trabajo sobre la relación entre factores de riesgo familiar y conducta suicida en adolescentes, en términos de vulnerabilidad y resiliencia, Wagner (1998) menciona que el estrés familiar es lo que ha precipitado la conducta suicida, como producto de la falta de habilidades para resolver problemas de las familias pobres y los pocos o inadecuados recursos de afrontamiento. Reporta que la pobre comunicación familiar y

solución de problemas, dificultades en el apego de los padres, disfunción marital y psicopatología en los padres, son algunas de las características básicas de las familias de adolescentes suicidas. Específicamente se menciona la dificultad para comunicarse de manera directa y verbal, así como para expresar abiertamente sus emociones. Estas dificultades se han relacionado con afrontamiento rígido o poco flexible, dando como resultado altos niveles de estrés crónico y crisis frecuentes. Las discordias maritales y las amenazas de separación suelen ser altamente estresantes para los adolescentes y estar asociadas con la conducta suicida. También encontró que la pérdida de figuras significativas frecuentemente estaba implicada en el suicidio.

Reuchin, et al (1999) por su parte también reportaron que la falta de comunicación entre padres e hijos usuarios de droga está asociada con estilos de crianza rechazantes por parte de los padres. Por el contrario, la búsqueda de apoyo y la solución de problemas se asociaron con calidez y afectividad en los padres, lo que a su vez se asocia con trayectorias positivas en el desarrollo.

Dichos hallazgos coinciden con algunos otros que sugieren que el apoyo familiar en términos de comunicación abierta, estilos de crianza moderados, establecimiento de reglas claras, menor frecuencia de las riñas entre los padres, entre otros, son básicos para el desarrollo equilibrado de los adolescentes, ya que actúan como un factor protector para el desarrollo adolescente; por el contrario, los conflictos intrafamiliares se asocian a malestar emocional (Arenas, et al., 2008; Barcelata, et al., 2004; Lucio, et al., 2004).

Se reconoce una clara asociación entre pobreza y estilos de crianza negativos con los desenlaces adolescentes negativos (Garmezy, 1991; Luthar; 2003). En sus análisis sobre pobreza, ésta fue la variable antecedente de estilos de crianza negativos, como se ha señalado reiteradamente por otros expertos en el estudio de la resiliencia. Resultados similares reportan Grant, et al (2003) al estudiar el papel mediador de los estilos de crianza en la relación pobreza-problemas internalizados y externalizados.

Garmezy (1985, 1991) encontró que en particular, las características familiares como cohesión, calidez y la presencia de una figura significativa adulta, como un abuelo, tenían, un efecto protector sobre las trayectorias del desarrollo de los niños y adolescentes. Resultados parecidos reportaron Werner, et al (1992) en su estudio longitudinal.

Mash (1997) establece que hay familias que son capaces de proveer a sus miembros algunos elementos que parecen funcionar como factores protectores, amortiguando las

condiciones de riesgo, como son un ambiente cálido, cohesión, apoyo, comunicación abierta, especialmente entre padres e hijos, ya que atenúan el estrés excesivo en sus hijos.

Los estudios longitudinales de Jessor, et al (1998) han podido demostrar la relación de variables proximales, como distales, y sus efectos en el desarrollo de conductas saludables o de riesgo para la promoción y mantenimiento de la salud, dentro de las cuales las conductas saludables de los padres son un factor importante de protección. No obstante, la percepción del apoyo social parece jugar un papel protector de modelos y conductas de riesgo de padres y amigos.

Para evaluar el papel mediador de la familia ante eventos de vida estresantes con adolescentes Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen y Goodman (1998) sometieron a prueba un modelo de resiliencia integrado por el género, la psicopatología de la madre y la configuración familiar. Concluyeron que el buen ajuste en la adolescencia está determinado por diferentes variables, resultando con mayor peso, la configuración familiar (amplio número de personas adultas en la familia), el buen funcionamiento familiar y la supervisión de los padres. Finalmente probaron modelos para los grupos de alto y bajo riesgo, a través de métodos multivariados.

También se informa (Ritchie & Fetzpatrick, 1999) que las adolescentes que tienen más comunicación y cercanía con sus padres, tienden a presentar menos conductas sexuales de riesgo, por ejemplo, permanecen abstinentes por más tiempo; tienen menos compañeros sexuales y usan anticonceptivos. La comunicación madre-hija se considera como un factor de protección, ya que ayuda a limitar conductas sexuales de riesgo y sus posibles implicaciones con su desarrollo y desenlace adolescente. Tal como lo confirma Walsh (2004) cuando se refiere a las familias funcionales, como aquellas con mayor nivel de cohesión y comunicación.

Forns, Amador, Kirchner, Martorell, Zanini y Muro (2004) señalan que los adolescentes reportan en primer lugar como fuente de estrés a la familia. Problemas en el hogar o entorno familiar y en familia extensa. Específicamente las relaciones conflictivas, el divorcio o separación de los padres, cambios en el hogar y en los roles, dinero, economía y trabajo.

Estudios como el de Córdova (2006) también reporta que el nivel de cohesión de la familia es una variable mediadora, así como el nivel de comunicación y apego por parte de los padres, en el consumo de sustancias, al explorar la resiliencia en adolescentes de 12 a 18 años de edad, usuarios y no usuarios de drogas. De forma similar Rivera y Andrade

(2006) en su trabajo con adolescentes sin intento suicida, con uno, y con dos o más intentos suicidas, observaron que los primeros manifestaron mayor unión y apoyo en la familia así como mayor libertad para expresar sus emociones y menor percepción de dificultades familiares, en comparación con los chicos de los otros dos grupos de adolescentes.

Bokszczanin y Makowsky (2006) encuentran que el estrés económico fue el primero en predecir los síntomas de ansiedad en adolescentes, en segundo lugar la edad y el sexo, presentando más altos niveles de ansiedad las muchachas, lo cual correlacionó de manera inversa con el apoyo parental.

Estudios más recientes con estudiantes de educación media y media superior comprueban la vinculación del ambiente familiar negativo y el maltrato (Quiroz, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador & Medina-Mora, 2007). Se evaluaron variables como maltrato, disciplina, comunicación y apoyo de los padres. Se encontraron patrones negativos de crianza. La presencia de rechazo y hostilidad de los padres, así como la disciplina severa, fueron predictores de la conducta antisocial. El apoyo familiar también resultó un factor significativo para un buen desenlace.

Márquez (2008) probó un modelo sobre la interacción entre estilos de crianza y ajuste académico-social en adolescentes escolares, a través del cual confirma relaciones significativas entre estilos de crianza de apoyo y clima familiar positivo, con competencia académica; por el contrario, bajos perfiles académicos mostraron correlaciones positivas con percepción de estilos de crianza de rechazo y ambiente familiar negativo, en los cuales la relación con la madre fue primordial.

En suma, puede plantearse que el estudio del estrés en el contexto familiar, se ha enfocado en la relación entre estrés, riesgo y resiliencia en diferentes direcciones:

a. hacia el estudio del impacto negativo de un estresor agudo, que puede impactar al adolescente o a toda la familia, por ejemplo, al examinar los procesos de adaptación ante un evento mayor de naturaleza estresante o ante el trauma (p.e. López, 2008; Walsh, 2004; Wolkiend, et al., 1985),

b. a la evaluación del estrés familiar derivado de un contexto de adversidad múltiple, a través de examinar la relación entre eventos mayores, estresores crónicos y cotidianos, y su relación con la percepción del estrés individual y familiar, y los desenlaces negativos (p.e Plunkett, et al., 1999; Tiet, et al., 1998; Wadsworth, et al., 2002, 2004),

c. atendiendo al estudio de estilos de crianza, o específicamente sobre la comunicación o relación padre-hijo y su efecto mediador ante el estrés en condiciones de riesgo significativo (p.e. Compas, et al., 1989, 1993; Márquez, 2008; Wagner, 1998).

Se aprecia que existen diversos factores dentro de la familia que suelen funcionar sobre la base de un continuo riesgo-protección, como lo han demostrado algunas de las investigaciones icónicas en el campo de la resiliencia (Garmezy, 1991; Wagner, 1998; Werner, et al., 1992). Al parecer los adolescentes resilientes cuentan con ambientes familiares más funcionales, tienen mayor supervisión de los padres (p.e. Hartos, et al., 2000); perciben mayor apoyo por parte de la familia en general, en particular de los padres y en especial de la madre (Jessor, et al., 1998, Reuchin, et al., 1999).

Todas las variables familiares, entre ellas el funcionamiento familiar, cobran significado a partir de la percepción del adolescente. Por ello en este proyecto fue otro aspecto vinculado con la resiliencia evaluado.

En síntesis, y con base en la revisión de la literatura sobre la resiliencia y algunos factores asociados, puede afirmarse que la resiliencia es un constructo complejo de índole multidimensional por lo que su estudio ha sido retomado a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas. En cada una de las perspectivas se plantean distintas conceptualizaciones y métodos, que han dado resultados a veces contradictorios o controversiales. Esto sugiere la necesidad de continuar investigando a partir de enfoques lo suficientemente amplios que provean de suficiente *evidencia empírica*, que propongan diversas estrategias *metodológicas*, así como un fuerte *sustento teórico* como lo hace la psicopatología del desarrollo.

Se aprecia que la *metodología* empleada para el estudio de la relación riesgo, estrés, resiliencia en la adolescencia, es diversa. Mientras algunos investigadores privilegian los estudios longitudinales (Masten, et al., 2006), otros reportan numerosos estudios transversales, realizados a partir de métodos cualitativos, cuantitativos y/o mixtos (Collishaw, et al., 2007; Elgar, et al., 2003; Everall, et al., 2006; Luthar, et al., 2002). Para el procesamiento de datos se emplean técnicas complejas de análisis de datos, principalmente análisis multifactoriales y modelación de ecuaciones estructurales (Gómez, et al., 2006).

La medición de la resiliencia entendida como un proceso, se ha realizado tanto a partir de considerarla como una variable de “entrada”; como un proceso en sí mismo; y/o como un resultado. Se advierte que al estudiarla como “entrada” hay que tomar en cuenta

que no se trata de un conjunto de rasgos de personalidad estáticos, sino de recursos psicológicos que facilitan la adaptación, que pueden variar en función de la interacción con el medio (Arrington, et al., 2000; Garmezy, 2000). El objetivo de la medición de la resiliencia como proceso, es identificar esencialmente los mecanismos (Fergusson, et al., 2000, 2003; Gómez, et al., 2006); mientras que evaluar la resiliencia como resultado, implica identificar algunos indicadores, como la presencia o ausencia de adaptación ante un riesgo significativo (Leontopoulou, 2006; Luthar, 2006).

Para la recolección de datos, la mayor parte de los estudios incluyen el uso de instrumentos estructurados o semiestructurados como escalas, cuestionarios y/o inventarios que recogen información sobre los adolescentes, y en ocasiones de forma paralela de padres y maestros, así como de los pares. También se utiliza la entrevista de manera separada o junto a otras técnicas, lo que refleja el uso de multimétodos y la incorporación de múltiples informantes (Cicchetti, et al., 2006; Felner, et al., 1995; Werner, et al., 1992).

La evidencia empírica respecto a las variables de estudio, muestra que los niveles de adaptación de los adolescentes implican la percepción de su entorno, la forma de enfrentarlo, así como las redes de apoyo. Los adolescentes que perciben a sus familias muy complejas tienden a presentar mayores niveles de estrés (Patterson, 2002), por el contrario, la percepción positiva está relacionada con la resiliencia. Las presiones vividas en la familia son valoradas como fuente de estrés significativo, por ejemplo, presión de los padres por el éxito académico (Luthar, et al., 2002), tener preocupaciones constantes por el dinero (Wadsworth, et al., 2005), o vivir en un ambiente familiar tenso, con problemas de comunicación, poco apoyo y baja cohesión (Davis, et al., 2006). Las familias cohesivas, con buena comunicación, y que apoyan, tienen efectos positivos en el desarrollo de sus hijos, aún en situaciones adversas (Barrett, et al., 2005; Werner, 1992).

Mucha de la investigación de la resiliencia desde la perspectiva de psicopatología del desarrollo aplica las premisas sustanciales del enfoque ecológico y sistémico, las cuales son integradas en un amplio marco referencial que es reconocido con diferentes nombres del cual surge una extensa gama de estrategias metodológicas para la comprensión de la interacción entre factores proximales y distales en el desarrollo adolescente, como muestran los estudios multifactoriales.

Variables contextuales como el nivel socioeconómico; personales como el afrontamiento, la percepción del apoyo social y de la pobreza; así como variables familiares, como la cohesión, conflicto familiar, estructura familiar, con frecuencia son estudiadas de

manera conjunta, para evaluar su relación con los desenlaces adolescentes variables que en este estudio se retomaron con el fin observar su comportamiento en un grupo de adolescentes en condiciones de pobreza.

La revisión de la literatura con respecto a las variables propuestas y su relación con la resiliencia, así como los perfiles epidemiológicos de salud de la población adolescente en México permite subrayar la importancia de su estudio, con el objetivo de evaluar a adolescentes en condiciones de pobreza. El enfoque de *psicopatología del desarrollo* como se mencionó, representa un marco referencial que orientó la presente investigación.

CAPÍTULO 4

INVESTIGACIÓN

Las estadísticas a nivel mundial señalan que 1.75 billones de personas son adolescentes entre 10 y 19 años de edad (OMS, 2008), lo cual los ubica como el grupo poblacional más numeroso en el mundo. En México, representan alrededor del 20% de la población total y la franja más ancha de la pirámide poblacional (CONAPO, 2010; INEGI, 2010). Al mismo tiempo los datos epidemiológicos en salud adolescente muestran un incremento significativo en los trastornos físicos y psicológicos. Estas dos condiciones han convertido a los adolescentes en uno de los sectores prioritarios de salud, por lo que en los últimos años las políticas y acciones internacionales se han enfocado en la población adolescente (IIN, 2007; OPS, 2007).

Con base en los Objetivos del Milenio planteados por las Naciones Unidas (ONU, 2008) respecto a la erradicación de la pobreza, tanto la Federación Mundial de la Salud Mental –FMSM- (2003) y la Organización Mundial de la Salud –OMS- (2004, 2007, 2008) han establecido entre algunas de sus prioridades a) la erradicación de la pobreza por sus implicaciones para la salud en particular de niños y adolescentes b) la promoción de estilos de vida saludables; c) la prevención de enfermedades; d) el establecimiento de servicios de rehabilitación y salud, en los cuales se involucre la participación de la familia, y e) priorizar la intervención a grupos en desventaja psicosocial. Estos datos enfatizan la importancia de realizar estudios para identificar tanto factores de riesgo como de protección para el desarrollo adolescente.

Por décadas se ha reconocido que la pobreza representa una condición de riesgo significativo que puede aumentar la vulnerabilidad física y emocional en la adolescencia y alterar su desarrollo en términos de trayectorias y desenlaces adolescentes. Se considera uno de los marcadores más significativos de los desenlaces negativos, al cual se asocian experiencias estresantes adicionales (Barret, et al., 2005; Brooks-Gunn, et al., 1997; Conger, et al., 1997; 1999, 2002; Garmezy, 1991, 1993; Grant, et al., 2003; Luthar, 2003; Masten et al., 1991; Werner, et al., 1992). Sin embargo, la investigación de la relación entre pobreza y resiliencia es compleja, dado el carácter multidimensional de ambas variables (Luthar, et al.,

2002; Luthar, 2006), por lo que aún existen muchas interrogantes al respecto. Se ha observado que las mediciones objetivas de la pobreza no son suficientes para explicar los desenlaces adolescentes en términos de resiliencia, encontrándose que la valoración subjetiva de las condiciones económicas parece tener un papel importante que puede actuar como mediador, de manera conjunta o separada, con variables como el afrontamiento, la percepción del apoyo social y otros factores de índole familiar (Bokszczanin, et al., 2006; Leontopolou, 2006; Pinkerton, et al., 2007; Wadsworth, et al., 2002).

Varios estudios sobre resiliencia y adaptación, subrayan la importancia del afrontamiento en el manejo del estrés y sucesos adversos, como la pobreza o dificultades económicas en la familia del adolescente (Carbonell, et al., 1998; 2005; Figueroa, et al., 2005; Plunkett, et al., 1999; Wadsworth, et al., 2005). Señalan que la percepción del apoyo social del adolescente es otro factor que contribuye a la adaptación positiva, además de que se encuentra relacionado con la búsqueda de apoyo social, como un recurso de afrontamiento ante la adversidad (Calvete, et al., 2006; Mickelson, et al., 2003; Seiffge-Krenke, 1998, 2000). El estudio clásico sobre resiliencia de Werner y Smith (1992) proporciona datos similares respecto al afrontamiento y al apoyo social, aunque también resalta la importancia de la familia como un factor proximal, y de otras variables de tipo distal, como el contexto económico, en el desarrollo de los individuos. Algunos autores (Baldwin, et al., 1999; Plunkett, et al., 2000) enfatizan el rol mediador del funcionamiento familiar entre la pobreza y la adaptación, que en el caso de ser adecuada (comunicación o expresión abierta, niveles altos de cohesión, solución de problemas) funciona como un factor protector asociado a la resiliencia o adaptación positiva de los adolescentes en adversidad económica o condiciones de pobreza.

En México existe investigación relacionada con la resiliencia y algunos contextos de adversidad en niños y adolescentes. Con base en la teoría del ego resiliente, Valencia (2005) evaluó su relación con problemas internalizados y externalizados en población escolar infantil. Un reporte de Serrano y Flores (2005) señala la relación estrecha entre estrés, afrontamiento e ideación suicida, mientras que Rivera, et al (2006), subrayan la importancia de la familia como un protector en dicha problemática, en un estudio con grupos de adolescentes con ideación e intento suicida. Villegas (2009) estudió el afrontamiento en adolescentes embarazadas. Otros trabajos se han ubicado en contextos escolares con recursos económicos limitados, por ejemplo, González-Arratia (2007) describe algunos hallazgos sobre la relación afrontamiento-resiliencia en niños escolares en situación de

orfandad. Márquez (2008), reconoce el carácter multifactorial de la pobreza y en su estudio utiliza el nivel socioeconómico bajo como un criterio para la selección o identificación de las muestras de estudiantes con apuros económicos, al evaluar básicamente la relación entre patrones de crianza y rendimiento escolar. Meave (2008), describe la relación entre rasgos de personalidad y conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes. Acle, Martínez, Basurto, Roque y Montero (2007) y Roque (2009), realizaron estudios para determinar la vinculación entre resiliencia materna y el desarrollo académico de sus hijos con discapacidad, en una comunidad marginada. López (2008) presenta un análisis sobre el duelo en la familia, a partir de una perspectiva sistémica y de la teoría del estrés familiar para entender la resiliencia familiar ante la pérdida o muerte de alguno de sus miembros.

Dada la complejidad del constructo resiliencia, existen en la actualidad discusiones teórico-metodológicas que ilustran el surgimiento de distintos modelos para su abordaje. En la investigación previa con adolescentes mexicanos, hay diversas variables que no se han estudiado lo suficiente o de manera conjunta, como es el caso de la pobreza o adversidad económica entendida como una condición de riesgo por su asociación con sucesos estresantes. Son escasos los estudios que incluyen grupos clínicos y no clínicos de manera simultánea que permitan explorar la variabilidad de la resiliencia a través de la contrastación de grupos “extremos”, a excepción del estudio de Córdova (2006) que comparó grupos de adolescentes usuarios y no usuarios de drogas para identificar características resilientes.

La investigación realizada ha logrado responder a algunos cuestionamientos en el campo de la resiliencia, sin embargo, la amplia gama de factores que intervienen en dicho fenómeno plantea la necesidad de continuar investigando y ampliar su estudio a diversas poblaciones y contextos, que incorporen a su vez otras variables como las que se proponen en el presente estudio. Aún quedan muchas interrogantes al respecto, como por ejemplo: ¿cuáles son los factores personales de los adolescentes que les permiten enfrentar situaciones de adversidad económica, lidiar con los sucesos estresantes y tener resultados positivos? ¿cómo se relacionan dichas características personales con otras de índole familiar? ¿qué variables se encuentran asociadas a la adaptación de los adolescentes en contextos de pobreza o adversidad económica? y ¿cuáles variables predicen la resiliencia?

Contestar a estas preguntas implicaría el estudio de una larga lista de factores que intervienen en la resiliencia, como muestra la literatura (Boden, et al., 2007; Cauce, et al., 2003; Cicchetti, et al., 2006; Costa, et al., 2005; Luthar, 2006), sin embargo, en esta investigación se propuso el estudio de los sucesos de vida estresantes, la percepción de

pobreza y del apoyo social, el afrontamiento y el funcionamiento familiar porque se ha estudiado poco su interacción conjunta en poblaciones en condiciones de pobreza, y porque prevalece la discusión sobre su rol y funcionamiento dado que algunos de los resultados son contradictorios y llegan a variar según el contexto y población.

El conocer cuáles y cómo es que estos factores favorecen que algunos adolescentes puedan adaptarse de manera positiva a un medio matizado por la adversidad como la pobreza, podría contribuir a fortalecer la investigación en el campo de la resiliencia de forma que los hallazgos representen una guía para el diseño de programas de prevención primaria y secundaria que promuevan y fortalezcan un desarrollo integral saludable en los adolescentes.

Tomando en cuenta los planteamientos anteriores y con base en la revisión de la literatura, la investigación se guió por la siguiente pregunta de investigación:

¿Las variables personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y las variables familiares (funcionamiento familiar) predicen la resiliencia en adolescentes en condiciones de pobreza?

Para dar respuesta a esta interrogante se planteó un solo estudio con los siguientes objetivos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el valor predictivo de los factores personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) en la resiliencia de adolescentes en condiciones de pobreza.

Objetivos específicos

1. Analizar características sociodemográficas, variables personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) de adolescentes de una muestra escolar (ME) y una muestra clínica (MC) para evaluar su funcionamiento y variabilidad, a fin de establecer variables filtro y realizar un tamizaje para identificar riesgo y resiliencia.

2. Analizar características sociodemográficas, variables personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) de adolescentes resilientes y no resilientes.
3. Determinar la existencia de relaciones significativas entre variables personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) con la resiliencia.
4. Determinar si las variables personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) son predictoras de la resiliencia.

HIPÓTESIS GENERAL

Las variables personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y las variables familiares (funcionamiento familiar) predicen la resiliencia de adolescentes en condiciones de pobreza.

Hipótesis estadísticas

Hipótesis de nulidad

Ho₁ Las variables personales (percepción de la pobreza, los sucesos de vida estresantes, el afrontamiento, el apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) no predicen de manera significativa la resiliencia.

Hipótesis de trabajo

Hi₁ Las variables personales (percepción de la pobreza, los sucesos de vida estresantes, el afrontamiento, el apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) predicen de manera significativa la resiliencia.

VARIABLES

Definiciones conceptuales

Variable contextual

Pobreza o Nivel Socioeconómico Bajo (NSEB). Fenómeno multireferencial respecto a la condición económica precaria que puede ser definida por varios elementos y a partir de

diferentes indicadores. Por ejemplo, la falta de escolaridad o bajo nivel de escolaridad, la ocupación (en el caso de los adolescentes se hace referencia a los padres), falta de infraestructura física o condiciones precarias de la vivienda; hacinamiento; bajos ingresos económicos y la falta de empleo para acceder a los activos o bienes que den estabilidad, así como bienestar material y psicológico, son algunos elementos que forman parte de la pobreza (Boltvinik, 2004; Brooks-Gunn, et al., 1997; Serrano, 2001).

Variables personales y familiares

Percepción de la pobreza. Evaluación subjetiva de las condiciones económicas en que vive el adolescente y su familia (Plunkett, et al., 1999; Wadsworth, et al., 2002, 2005).

Sucesos de vida estresantes. Eventos o acontecimientos que ocurren a un individuo o familia que tienen el potencial de producir estrés y son percibidos como negativos (Plunkett, Radmacher y Moll-Phanara, 2000).

Afrontamiento. Esfuerzos o acciones específicas de tipo cognitivo o conductual que se llevan a cabo ante situaciones estresantes particulares y que implican el uso de recursos tanto de sí mismo como del medio ambiente que facilitan o hacen posible la adaptación (Compas, 1987a; Seiffge-Krenke, 1998).

Apoyo social percibido. Implica la creencia o percepción de un individuo respecto al apoyo social que necesita para cumplir con las demandas del medio ambiente. Es la retroalimentación que reciben los individuos de sus congéneres y que hacen que se sientan amados, estimados y/o valorados, lo que implica las relaciones con familiares y amigos (Lazarus, et al, 1991; Martínez, 2004).

Funcionamiento Familiar. Evaluación que hace el adolescente de las interconexiones que se dan entre los miembros de su familia, así como la percepción del grado de unión familiar, del estilo de su familia para afrontar o solucionar problemas, expresar emociones y manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (Rivera, 1999).

Variable criterio

Resiliencia. Adaptación positiva ante una situación de adversidad, ya sea matizada por la exposición a sucesos estresantes o por experimentar una situación en la cual el riesgo es significativo como la pobreza, y que implique ausencia de trastornos psicológicos, conforme a una norma y edad, en un momento determinado (Luthar, 2006; Masten, et al., 1998).

Definiciones Operacionales

Variable contextual

Pobreza o Nivel Socioeconómico Bajo (NSEB). Presentar tres o más indicadores de nivel socioeconómico bajo (escolaridad y ocupación del padre; escolaridad de la madre; tipo de vivienda; cantidad de dinero que recibe el adolescente para gastar diariamente) obtenidos de la Primera Sección del Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM -Macroproyecto UNAM 2007-2009- (Lucio, 2007), que indaga datos sociodemográficos.

Variables personales y familiares

Percepción de la pobreza. Puntuaciones en la Escala de Nivel Socioeconómico Percibido del Cuestionario de Estudiantes 2006 (Instituto Nacional de Psiquiatría –INP- y Administración Federal de Servicios Educativos del D. F. -AFSEDF-, 2006).

Sucesos de vida estresantes. Puntuaciones $T > 65$, fuera del rango de normalidad estadística en alguna de las áreas del Cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003).

Afrontamiento. Puntuaciones en los diferentes factores del *Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento para Adolescentes –CA-A- versión para investigación* (Lucio & Villarruel, 2008).

Apoyo social percibido. Puntuaciones en las distintas dimensiones de *Escala de Apresiasión de Apoyo Social [SS-A]* (Martínez, 2004).

Funcionamiento familiar. Puntuaciones en las diferentes dimensiones de la *Escala de Relaciones Intrafamiliares –ERI-* (Rivera, 1999).

Variable criterio

Resiliencia. Presentar menos de tres escalas con puntuaciones $T > 65$ o fuera de la norma estadística en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes -MMPI-A- (Lucio, 1998), así como NSEB y sucesos estresantes (factores de riesgo).

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Se llevó a cabo un estudio de campo *expost-facto* de corte transversal, de tipo correlacional y comparativo de dos muestras independientes no probabilísticas obtenidas de manera intencional (Kerlinger & Lee, 2002).

MÉTODO

Contexto

La zona en la que se llevó a cabo el presente estudio se encuentra delimitada por la Delegación Iztapalapa y la zona conurbada oriente de la Ciudad de México. La primera forma parte del Distrito Federal. La zona oriente conurbada aunque territorial y políticamente pertenece al Estado de México está compuesta por diferentes Municipios de los cuales, Chalco, Chicoloapan, Chimalhuacán, Cocotitlán, Los Reyes La Paz, Nezahualcóyotl, Texcoco y Tlalmanalco, son los más próximos, y algunos de ellos, colindantes con el Distrito Federal, estableciéndose un intercambio económico, comercial, político y en particular socio-cultural, que vincula y matiza la vida de los ciudadanos, por lo que se les considera parte de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

El Estado de México, es la identidad con mayor densidad poblacional, como la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal. En el caso del Estado de México, la población adolescente entre 10 y 19 años representa el 27.8% del total de los habitantes (INEGI, 2010). La mayoría viven en hogares, de los que en el 70% (322,153) el padre es el jefe de familia, mientras que en el 30% (31,599) el jefe es la madre (CONAPO, 2010).

Toda la zona oriente de la Ciudad de México, incluidos los anteriores Municipios, se caracteriza por altos niveles de marginación social y económica. Existe un asentamiento irregular en las periferias, como resultado de una migración de la provincia hacia la Ciudad en búsqueda de mejores condiciones de vida (Sobrino, 2010), paradójicamente, lo que caracteriza a esta zona es una situación deficitaria para el desarrollo humano, comprometiendo la calidad de vida y con ello la salud integral de sus habitantes (Anzaldo, 2009). Se reporta que del total de la población aproximadamente la mitad es activa, en tanto que la otra mitad no trabaja o no cuenta con un empleo o fuente de ingreso estable (INEGI, 2010). Los importantes niveles de desocupación y subocupación, así como el alto costo de

vida en la Ciudad de México, contribuye a que muchos de los individuos de esos Municipios, se dediquen al comercio informal (CONAPO, 2005).

El INEGI (2010) reporta altos grados de marginación e índices de desarrollo bajos y medios, en los Municipios, escenarios de este estudio, a excepción de Nezahualcóyotl. Algunos datos en cuanto a vivienda y desarrollo urbano indican que de 3749 viviendas, 3327 tienen piso de tierra. En términos de salud, se encuentra que existen 1700 unidades médicas para atender a toda la población del Estado de México, de las cuales sumadas, sólo 194 corresponden a los Municipios mencionados de la zona oriente conurbada.

En cuanto a inseguridad, el Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (ICESI, 2009) reveló que en el Estado de México el 15% de la población ha sufrido algún tipo de victimización. Se reporta una tasa del 15.6 en delitos, así como un 44% de robos a mano armada, siendo el Estado en ocupar el primer lugar en este rubro. La Delegación Iztapalapa, por su parte, es considerada una zona de alto riesgo, ya que presenta los índices más altos de delincuencia, violencia, de pobreza, y bajo nivel socioeconómico, en comparación con otras Delegaciones del Distrito Federal (Borges, et al., 2008). En el 2009, se reportaron 28,409 delitos a mano armada (INEGI, 2009). Tanto el Estado de México como el Distrito Federal se encuentran por arriba de la media del nivel de inseguridad en todo el país.

En suma, la zona oriente conurbada o periferia de la Ciudad de México, presenta algunos indicadores socio-demográficos que la ubican como una de las regiones del país con bajos y moderados índices de desarrollo humano (CONAPO, 2005; 2010), lo que desde la perspectiva de la salud mental, puede ser considerada como una zona de riesgo psicosocial, que aumenta la vulnerabilidad de los adolescentes.

Participantes

Participaron 638 adolescentes de 13 a 18 años de edad, con una media de 15.2 años (*D.E.* 1.41). 323 hombres (50.6%) y 315 mujeres (49.4%), escolares y usuarios de servicios de salud mental, elegidos de manera intencional, de instituciones públicas educativas y de salud mental, de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México, considerada como de alto índice de pobreza o marginación por su bajo nivel de desarrollo económico (CONAPO, 2005; INEGI, 2005). Estudiantes adolescentes conformaron la muestra escolar y adolescentes usuarios de servicios de salud mental, la muestra clínica.

Muestra Escolar

La muestra escolar estuvo integrada por 538 estudiantes de 13 a 18 años de edad, 261 hombres (48.5%) y 277 mujeres (51.5%) con una media de edad de 15.3 años ($D.E.=1.33$), de cinco escuelas públicas de enseñanza media y tres de enseñanza media superior.

a) Criterios de Inclusión

- 13 a 18 años de edad.
- Asistir a escuelas públicas de la zona
- Ser estudiante regular de secundaria y/o bachillerato

b) Criterios de Exclusión

- Presentar alguna discapacidad física o intelectual

c) Criterios de Eliminación⁵

- Dejar más de 10% de ítems sin contestar en los instrumentos de evaluación
- No cumplir con los criterios de validez del MMPI-A (Lucio, 1998)
- Que no quieran terminar de responder a los instrumentos

Muestra Clínica

Se incluyeron 100 adolescentes hombres y mujeres, de 13 a 18 años, con edad promedio de 14.3 años ($D.E.=1.51$), que acudían a consulta externa de servicios de salud mental de instituciones públicas.

a) Criterios de Inclusión

- 13 a 18 años de edad
- Asistir a algún tipo de tratamiento psicológico/psiquiátrico en consulta externa por problemas emocionales y/o de conducta a alguna institución pública de salud mental
- Ser estudiante o haber estado inscrito en una escuela pública en los últimos seis meses
- No haber iniciado el proceso de intervención

b) Criterios de Exclusión

- Presentar algún trastorno psiquiátrico mayor (psicosis), severo, incapacitante
- Presentar alguna discapacidad física
- Estar internado en alguna institución de salud mental
- Presentar alguna enfermedad crónica

⁵ Criterios básicos de eliminación del caso, determinados por el programa de calificación por computadora (Lucio, 1998)

c) Criterios de Eliminación

- Dejar más de 10% de ítems sin contestar en los instrumentos de evaluación
- No cumplir con los criterios de validez del MMPI-A (Lucio, 1998)
- Que no quieran terminar de responder a los instrumentos

Instrumentos

Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macroproyecto UNAM 2007-2009) –versión para investigación- (Lucio, 2007). Para evaluar el perfil sociodemográfico de los adolescentes y sus padres, y determinar el *nivel socioeconómico* (NSE), se aplicó la Primera Sección del cuadernillo que indaga datos sociodemográficos como estado civil; escolaridad y ocupación de los padres; configuración familiar; tipo y características de la vivienda; índice de hacinamiento; y otros recursos materiales para el desarrollo de los adolescentes. Consta de 33 reactivos de opción múltiple, dos de ellos con posibilidad de contestar a más de una opción. Es un instrumento autoadministrable que cuenta con una hoja de respuestas que puede ser calificada de manera manual o por lectora óptica facilitando la captura de la información en muestras grandes.

Escala de Nivel Socioeconómico Percibido (Cuestionario de Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría –INP- & Administración Federal de Servicios Educativos del D. F. - AFSEDF-). Para evaluar *percepción de pobreza* se utilizó una *escala de nivel socioeconómico percibido* del Cuestionario de Estudiantes 2006, que consta de 9 ítems en una escala tipo Likert de cuatro puntos: siempre, casi siempre, algunas veces, nunca. Mide la valoración subjetiva del adolescente sobre el ingreso familiar o la adversidad económica. Se reportan datos psicométricos como la consistencia interna, con alfa global de .93; correlaciones significativas ($p=.05$) entre reactivos y la escala total, así como adecuados niveles de discriminación (Juárez, 2005; Márquez 2008).

Sucesos de Vida -versión para adolescentes- (Lucio & Durán, 2003). Es un autoinforme que evalúa los *sucesos de vida estresantes*, ocurridos en el último año, a partir de la percepción subjetiva del propio adolescente. Consta de 130 reactivos, 129 reactivos con cuatro opciones de respuesta: a. me sucedió y fue bueno para mí; b. me sucedió y fue malo para mí; c. me sucedió y no tuvo importancia; d. no me sucedió, y una pregunta abierta. Los

reactivos están distribuidos en siete áreas: familiar, social, personal, salud, logros y fracasos, escolar y problemas de conducta. La aplicación puede ser individual y colectiva, a través del uso de hojas de respuesta para calificación manual o por lectora óptica y tiene una duración aproximada de 20 min. Entre sus propiedades psicométricas se reportan la consistencia interna con una alpha global de Kuder-Richarson de .89, la estabilidad temporal con un índice de .75 y coeficientes de correlación promedio de .76 en la validez concurrente (Ávila, Heredia & Lucio, 2006; Lucio, Barcelata & Durán, 2003; Lucio, Pérez y Farías, & Durán, 2004).

Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento para Adolescentes –CA-A-, versión para investigación (Lucio, et al., 2008). Es un instrumento auto-administrable que mide estrategias de *afrontamiento* en adolescentes, es una versión solo para investigación, elaborado, por un lado, a partir de los modelos de afrontamiento de Seiffge-Krenke (2002) y de Compas (Connor-Smith, et al., 2004), y por otro, a través de un método empírico, con base en una respuesta abierta del Cuestionario Sucesos de Vida (Lucio, et al., 2003). Consta de 45 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuestas que va de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, los cuales se integran en ocho factores que evalúan diferentes estrategias de afrontamiento: 1 solución del problemas; 2 respuestas fisiológicas; 3. rumiación; 4. evitación; 5. búsqueda de apoyo social; 6. distracción; 7. conducta autolesiva e impotencia y 8. religiosidad y espiritualidad. Su aplicación puede ser individual o colectiva con una duración promedio de 20 minutos. Cuenta con hojas de respuesta para lectora óptica para su calificación en investigación.

Se reporta una alfa de Cronbach global de .89, y alphas por factores que oscilan entre .57 y .89. Los análisis factoriales confirmaron ocho factores que actualmente componen el instrumento, que en conjunto explican el 61.77% de la varianza total y que corresponden con las estrategias de afrontamiento que explora (Lucio, et al., 2008; Villarruel, 2009; Villarruel & Lucio, 2007; Villegas, 2009).

Escala de Apreciación de Apoyo Social –EAAS- (Martínez, 2004). Es una escala que se utilizó para medir apoyo social percibido. Está adaptada para adolescentes y jóvenes de la escala original Social Support Appraisals Scale (Cobb, 1976). Consta de 23 reactivos tipo Likert, que va de 1 a 4 puntos, donde 1=es muy de acuerdo y 4=muy en desacuerdo, organizados en tres escalas o factores, 8 reactivos para Familia, 7 para Amigos, y 8 para

Otros, que en su conjunto evalúa apreciación de apoyo social, recursos de apoyo social, dolor y bienestar. Es un instrumento auto-administrable que se puede aplicar de manera individual o colectiva que se contesta en aproximadamente 10 minutos. Se reportan coeficientes alfas de Cronbach de .80 y .90, en su versión original, y de .80 y de .77 en la versión adaptada (Martínez, 2004). Zamora (2006) presenta alfas de Cronbach de .83 a .96 en muestras de estudiantes.

Evaluación de Relaciones Intrafamiliares –ERI- (Rivera, 1999; Rivera, et al., 2006). Se utilizó la versión corta de 13 reactivos en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo. Permite valorar tanto aspectos positivos como negativos del funcionamiento familiar a partir de la perspectiva del adolescente. Consta de tres dimensiones: 1. Unión y Apoyo, que evalúa la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto de apoyo y solidaridad mutua; 2. Expresión o comunicación, que valora la capacidad de comunicación y la posibilidad de que los integrantes manifiesten de manera abierta ideas, sentimientos y afectos que intervienen en el funcionamiento familiar; y 3. Dificultades, que mide aspectos de las interrelaciones familiares que se evalúan por el adolescente como negativas, indeseables, problemáticas, difíciles o tensas. Los tres factores o dimensiones explican el 45.5% del total de la varianza. Presenta altos índices de consistencia alfa Cronbach que oscilan entre .92 y .95.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes -MMPI-A- (Lucio, 1998). Se usó para evaluar la *adaptación* en términos de presencia/ausencia de problemas emocionales y de psicopatología a partir de una norma estadística (Butcher, Williams Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath & Kaemmer, 1992), el cual ha sido utilizado como medida de tamizaje en varios estudios (Archer, Tirrell & Elkins, 2001; Cashel, Ovaert & Holliman; 2009; Morton, Farris & Frenowitz 2002). Es un instrumento multidimensional para adolescentes de 13 a 18 años, que permite medir adaptación, que al igual que muchos otros instrumentos de evaluación, supone la existencia de una serie de dimensiones a lo largo de las cuales se pueden situar puntuaciones que permiten diferenciar entre ausencia y presencia de problemas emocionales y/o psicopatología.

Se aplicó la versión en español, adaptada y estandarizada por Lucio (1998) que cuenta con normas para adolescentes mexicanos. Consta de 478 reactivos de elección forzada verdadero/falso, que están integrados en cuatro tipos de escalas: 1. Escalas de Validez, 2. Escalas Clínicas, 3. Escalas de Contenido y 4. Escalas Suplementarias. Las

escalas de *validez* tienen el objetivo de evaluar la manera de contestar la prueba lo que permite obtener resultados confiables y válidos; las escalas *clínicas* evalúan rasgos de personalidad, problemas emocionales y sintomatología con diversos contenidos, los cuales pueden ser identificados de manera específica a través de las escalas de *contenido*; y por último; las escalas *suplementarias* proporcionan información complementaria que permite identificar el nivel de madurez del adolescente, y su tendencia, aceptación y vulnerabilidad al uso de alcohol y drogas, así como su nivel de control de impulsos. Cuenta con hojas de respuesta para lectora óptica, por lo que puede calificarse de forma automatizada o manual a través de plantillas.

Es un instrumento ampliamente utilizado a nivel mundial y con población latina para medir adaptación y presencia de problemas emocionales y de conducta (Calderón, 2002; Gómez, Johnson, Favis, & Velázquez, 2000; Scott, Butcher, Young & Gómez, 2002; Scott & Mamani-Pampa, 2008). Diversos estudios han confirmado sus adecuadas propiedades psicométricas en población mexicana. Se reportan índices de consistencia interna los cuales varían entre .89 y .40 en los cuatro tipos de escalas así como coeficientes de confiabilidad test-retest de .56 a .91 (Lucio & Durán 2003; Lucio, Pérez y Farías, & Ampudia, 1997; Pérez y Farías, Durán & Lucio 2003), así como indicadores adecuados de validez concurrente de .31 a .56 (Lucio, Pérez y Farías, & Durán, 2004).

Los estudios de discriminación de reactivos han comprobado la utilidad del MMPI-A para diferenciar entre población clínica y no clínica (Lucio, Córdova & Hernández, 2002) y para detectar respuestas dadas al azar o en falso (Lucio, Durán, Graham & Ben-Porath, 2002).

Se ha utilizado en estudios sobre correlatos entre patrones de personalidad y conducta suicida (Lucio, et al., 2005); personalidad y conductas sexuales de riesgo (Meave, 2008); autoestima y problemas de salud como diabetes mellitus (Lucio, Alcántara, Tapia, Durán & Calzada, 2003).

Su uso en este estudio permitió identificar adolescentes que a pesar de vivir en condiciones de pobreza y estar expuestos a sucesos estresantes presentan adaptación positiva, por tanto, resilientes, con lo que se pudo diferenciarlos de los que no muestran adaptación positiva o no resilientes, de manera similar a otros estudios (Carbonell, 1998).

Procedimiento

Se contactó a directivos de instituciones públicas de educación media y media superior, y de salud mental de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México, por ser considerada de bajos recursos económicos (INEGI, 2010) para tener acceso a adolescentes estudiantes (Muestra Escolar) y adolescentes usuarios de servicios de salud mental (Muestra Clínica) en las cuales se pudieran detectar adolescentes resilientes y no resilientes.

Se tuvieron reuniones con las autoridades de las instituciones educativas y de salud mental para mostrar los instrumentos y explicar los objetivos de los mismos, cuando ello fue requerido, también se firmaron convenios de intercambio académico-profesional con algunas de las instituciones participantes. Se les informó de los criterios de inclusión y exclusión, de manera que los adolescentes pudieran cubrir con los requisitos para participar en el proyecto de investigación, y para planear las aplicaciones conforme a la organización y encuadres institucionales.

Previa a la fase de evaluación se proporcionó un entrenamiento intensivo en el manejo de los instrumentos y de las sesiones de aplicación (posibles preguntas, respuestas, etcétera, por parte de los adolescentes), a las personas que apoyaron en esta fase de desarrollo del proyecto (cuatro estudiantes de servicio social, un tesista y un pasante de Psicología).

Se aplicaron tres cuadernillos. El primer cuadernillo con reactivos sociodemográficos de la 1ª. sección del Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11 y con los reactivos de la Escala de Nivel Socioeconómico Percibido, el ERI y el EAAS; el segundo cuadernillo con el Cuestionario Sucesos de Vida y el CA-A; y el tercer cuadernillo del MMPI-A.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en una sola sesión. En las escuelas, la aplicación fue en grupos de 30 alumnos en promedio, y tuvo una duración aproximada de 160 minutos con un receso de 15 a 30 minutos, al final de la cual se les obsequió un CD gravable virgen⁶. En las instituciones de salud mental las aplicaciones se hicieron por grupos pequeños de 3 a 5 adolescentes.

A petición de los directivos, en algunas instituciones se entregaron reportes y los resultados de algunas pruebas, en particular para retroalimentar a los profesionales responsables de hacer la intervención y/o seguimiento de los adolescentes clínicos que

⁶ Donación de Emilia Raggi Lucio

asistían a consulta externa a las instituciones de proporcionan servicios de salud mental. En las escuelas se entregó una carta de agradecimiento por la colaboración.

Una vez administrados los instrumentos se revisaron todos los criterios de inclusión, exclusión y eliminación con lo cual se integró una muestra total de 638 adolescentes, 538 casos de la muestra escolar (ME) y 100 casos de la muestra clínica de usuarios de servicios de salud mental (MC).

Se realizaron análisis descriptivos y de diferencias de medias de la ME y MC de las variables sociodemográficas, así como de las variables familiares y personales, percepción de pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido y funcionamiento familiar. Se analizó su funcionamiento y variabilidad en ambas muestras, a fin de caracterizarlas e identificar diferencias estadísticamente significativas entre ellas y compararlas con la muestra total con el fin de obtener puntos de corte y establecer las variables filtro para identificar resiliencia -adolescente en riesgo y con adaptación positiva- (Figura 6).

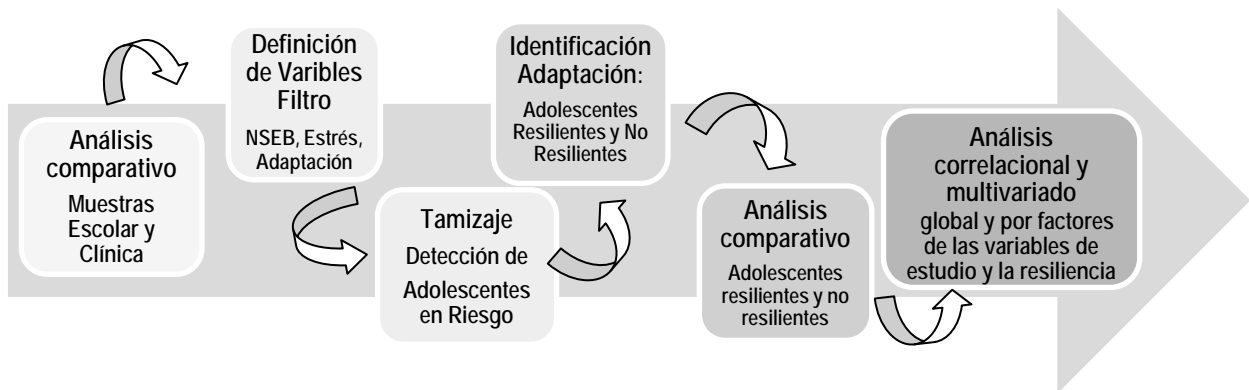


Figura 6. Etapas del análisis de datos

Con base en los resultados se establecieron variables filtro (NSEB, estrés y adaptación); en primer lugar para identificar a los adolescentes en riesgo, es decir, en condiciones de pobreza (nivel socioeconómico bajo –NSEB-) y que presentaron sucesos estresantes (estrés) y posteriormente identificar adolescentes resilientes (R) y no resilientes (NR) con base en la adaptación.

En función de los criterios de validez del MMPI-A y de observar su funcionamiento en la ME y la MC, 89 casos fueron eliminados y solo se incluyeron 549, con los cuales se

corrió un análisis discriminante para determinar cuáles escalas del MMPI-A contribuyen mejor a identificar adaptación, con el cual se consideraron 20 escalas.

De los 549 adolescentes, 230 fueron identificados en riesgo porque presentaron NSEB y estrés.⁷ Al sumarse la variable filtro “adaptación”, 115 adolescentes mostraron adaptación positiva (menos de tres escalas del MMPI-A con $T > 65$) identificados como resilientes (R) y 115 adolescentes mostraron adaptación negativa (más de tres escalas del MMPI-A con $T > 65$) denominados no resilientes (NR). Con estos dos grupos se realizaron análisis comparativos de todas las variables de estudio para su caracterización de forma similar a otras investigaciones (Carbonell, et al., 1998).

El proceso de inclusión de los participantes o casos conforme al cual se fueron analizando los datos y se fueron aplicando las variables tamiz o filtro se presenta en la Figura 7.

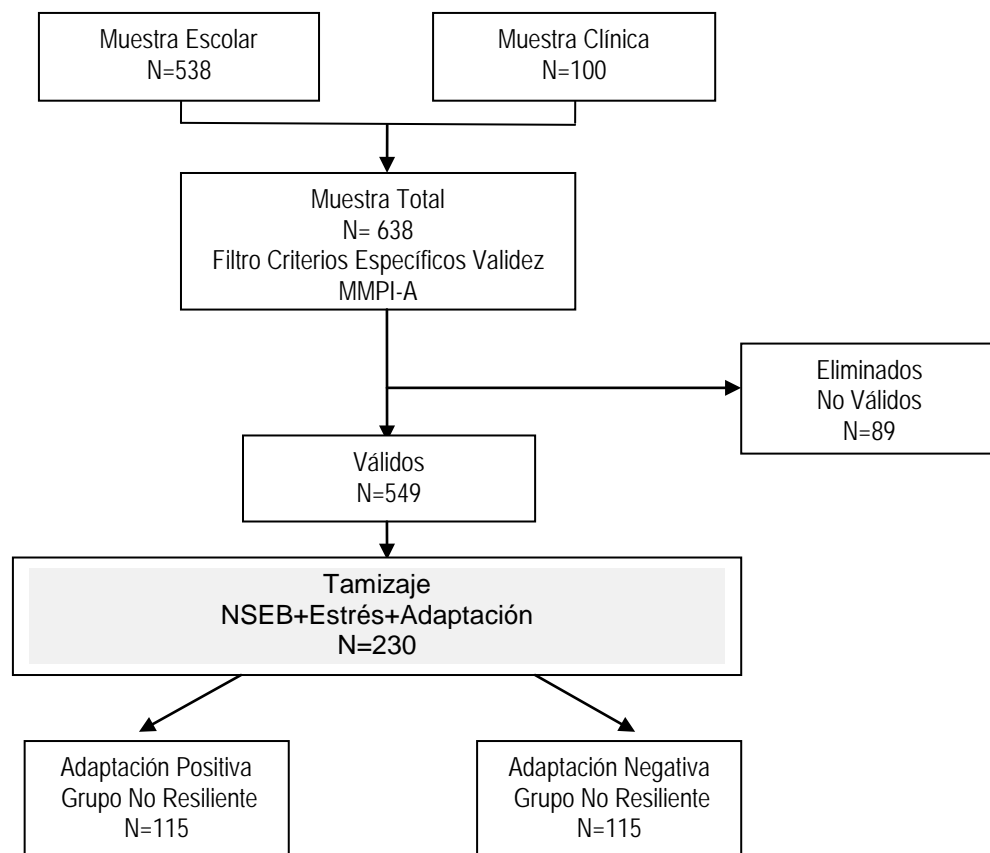


Figura 7. Proceso de inclusión de participantes

⁷ Ver definiciones operacionales. Más información en resultados.

Por último se realizaron análisis correlacionales bivariados y múltiples, como MANOVA, análisis producto-momento de Pearson y de regresión logística binomial, para evaluar el comportamiento de las variables percepción de pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido y funcionamiento familiar, de manera global y por factores, en términos de su relación y capacidad predictiva de la resiliencia y explorar su interacción con el sexo y la edad (Figura 6).

Consideraciones éticas

Por estándares y procedimientos de índole ética, tanto en las escuelas como en las instituciones de salud (conformación de muestras escolar y clínica), se presentó a las autoridades de las entidades participantes el plan de trabajo y una Carta de Consentimiento o Asentimiento Informado (Anexo).

En el caso de las escuelas, al inicio de la sesión de aplicación se informó a los adolescentes sobre el propósito e importancia de la evaluación, sobre el carácter confidencial de sus datos y de su decisión de contestar de manera anónima e incluso de no aceptar participar o dejar de participar si así lo deseaban o si lo consideraban conveniente.

En las instituciones de salud mental, en un contacto inicial se les informó tanto a los adolescentes como a su padre/tutor o familiar sobre el procedimiento para recibir atención o consulta y se les proporcionó una Carta de Consentimiento Informado la cual fue firmada por el padre/tutor, el adolescente y el responsable de atender al adolescente (Anexo).

En todos los casos se proporcionó un número de identificación. Se hizo énfasis en el anonimato (escolares), y el carácter confidencial de la información proporcionada (escolares y clínicos). Una vez obtenidos los consentimientos informados se procedió a la aplicación de los instrumentos, en algunas escuelas con la presencia de algún maestro u orientador.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

Características sociodemográficas, personales y familiares de la muestra escolar y la muestra clínica

Se realizaron análisis descriptivos y de diferencias de medias de todas las variables con *t* de Student (Kerlinger, et al., 2002) con el objetivo de analizar las características sociodemográficas, psicológicas personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) de adolescentes de una muestra escolar (ME/Escolares) y de una muestra clínica que asistían a servicios de salud mental (MC/Usuarios de servicios salud mental) en condiciones de pobreza, para evaluar su funcionamiento y variabilidad, con el propósito de determinar variables filtro y realizar un tamizaje de adolescentes en riesgo e identificar resiliencia.

Participantes

La tabla 1 presenta la distribución de las muestras conforme a sexo y nivel escolar. La muestra escolar quedó integrada por 538 por adolescentes escolares de cinco secundarias y tres preparatorias 48.5% hombres y 51.5% mujeres, con una media de edad de 15.3 años (*D.E.* 1.33) de escuelas públicas de enseñanza media y media superior de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México.

Tabla 1
Distribución muestras por nivel escolar y sexo.

Muestra	Escolaridad	Sexo		
		Hombres N= 323 (50.6%)	Mujeres N=315 (49.4%),	Total N=638 (100%)
Escolar	Secundaria	129	121	250
	Preparatoria	132	156	288
	Total	261	277	538
Clínica	Secundaria	57	27	84
	Preparatoria	5	11	16
	Total	62	38	100

La muestra clínica estuvo compuesta por 100 adolescentes usuarios de servicios de salud mental; 62 hombres (62.0%) y 38 mujeres (38.0%), con una media de edad de 14.3 años ($D.E.=1.51$) quienes asistían a consulta psicológica o psiquiátrica a tres instituciones públicas que prestan servicios de salud mental de consulta externa en la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México.

En cuanto a la edad, sexo y nivel escolar de los adolescentes de las muestras, se observa en primer lugar que la ME tiene una distribución más balanceada tanto por sexo como por edad, en comparación a la MC (Tabla 2).

Tabla 2
Distribución muestras por edad y sexo.

Muestra	Edad	Sexo		Total N=638
		Hombres 15.3 años (DE 1.33)	Mujeres 14.3 años (DE 1.51)	
Escolar	13	20	12	32
	14	65	74	139
	15	64	77	141
	16	55	57	112
	17	35	41	76
	18	22	16	38
			261	277
Clínica	13	30	8	38
	14	13	14	27
	15	11	4	15
	16	3	7	10
	17	1	1	2
	18	4	4	8
		62	38	100
Total		323	315	638

La mayoría de los estudiantes de la muestra escolar tienen entre 14 y 15 años de edad (media 15.3 años, $D.E.=1.33$) y la distribución del sexo es equilibrada, mientras que en la muestra clínica la mayoría son hombres, tienen entre 13 y 14 años (media 14.3 años, $D.E.=1.51$), y cursan secundaria.

Características sociodemográficas

Perfil sociodemográfico de los adolescentes

La tabla 3 presenta de forma comparativa las características sociodemográficas de los adolescentes de la ME y la MC, cuyos valores de t de Student (para la edad y promedio escolar) y X^2 -chi cuadrada- (para el resto de variables) arrojan diferencias significativas en la mayoría de las variables.

Tabla 3
Características sociodemográficas de los adolescentes.

Variables	M. Escolar N= 538	M. Clínica N=100	X ²	p
Escolaridad			56.14	.000**
Primaria	0	2.0		
Secundaria	46.5	82.0		
Preparatoria	53.5	16.0		
Promedio escolar	8	7	-3.078	.000**
Estado civil			.437	.804
Soltero	98.3	99.0		
Unión libre	1.3	1.0		
Tipo de familia				
Nuclear	70.1	53.0	11.88	.001**
Extensa	16.9	22.0	1.49	.221
Monoparental	28.6	45.0	10.53	.001**
Reconstituida	7.8	18.0	10.28	.001**
Tipo de escuela			11.29	.080
Pública	92.9	88.8		
Privada	3.9	3.1		
Tipo de vivienda			22.54	.001**
Cuarto	8.4	7.1		
Vecindad	3.5	8.1		
Unidad habitacional	8.4	11.1		
Departamento	8.8	19.2		
Casa en terreno familiar	29.4	29.3		
Casa sola	40.2	22.2		
No. Personas que viven juntas			15.52	.017*
Tres a cuatro	35.1	38.0		
Cinco a seis	41.8	28.1		
Siete a ocho	10.0	12.4		
No. Personas x habitación			6.70	.243
Dos	42.0	39.9		
Tres a cuatro	29.3	30.0		
Tamaño vivienda			2.20	.698
Suficiente espacio	53.0	46.0		
Amontonados	26.3	34.0		
Línea telefónica			1.04	.903
No hay	25.6	27.0		
Una	60.9	58.0		
Dos o más	13.5	15.0		
No. de Automóviles			11.47	.043*
No tiene	49.4	61.0		
Uno	37.4	34.0		
Servicio de TV por cable			4.91	.555
No tienen	64.2	72.4		
Paga por aire	12.7	13.3		
Paga por antena	15.3	9.1		
Computadoras			3.50	.320
No tienen	48.2	56.0		
Una	45.6	40.0		
Laptop			6.89	.137
No tienen	79.8	90.0		
Servicio de internet			13.21	.041*
No computadora/no acceso	30.7	31.0		
Café internet	27.5	42.0		
Conexión telefónica/inalámbrica	21.6	11.0		

** p ≤ 0.001; * p ≤ 0.05

Tabla 3
Características sociodemográficas de los adolescentes (Continuación...).

Variables	M. Escolar N= 538	M. Clínica N=100	X ²	p
Celular propio			22.71	.000**
No tiene	32.0	56.0		
Prepago sin crédito	41.3	30.0		
Servicio doméstico			2.06	.724
No	93.7	97.9		
Tipo de transporte			18.30	.006*
A pie o bici	38.5	48.0		
Ruta camión o pesera	37.5	27.0		
Dinero para gastar			27.39	.000**
Nada	5.9	13.1		
\$ 1-10	21.0	33.3		
11- 20	38.3	41.4		
21-50	29.4	8.1		
Acceso a salud			17.488	.008*
IMSS/ISSSTE	38.3	34.0		
SSA/Público	14.7	30.0		
Seguro Popular	13.0	7.0		
Expectativas estudio padres			48.42	.000**
Continuar prepa	18.9	43.0		
Estudios técnicos	7.8	16.8		
Universidad	34.8	15.0		
Expectativas estudio propias			30.7	.000**
Continuar prepa	15.8	30.0		
Estudios técnicos	6.7	12.0		
Universidad	32.5	27.0		
Terminar posgrado	38.1	19.0		

** p ≤ 0.001; * p ≤ 0.05

Con respecto al sexo y edad, se observa que los escolares son significativamente mayores de edad que los adolescentes clínicos. También se nota que en la muestra clínica hay más hombres que mujeres, que están en secundaria y su promedio académico es más bajo en comparación con el de la muestra escolar, no obstante la mayoría de los chicos de ambas muestras han estado en escuelas públicas.

Con relación a la configuración familiar, se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Un mayor porcentaje de chicos de la muestra escolar viven en familias nucleares en comparación con la muestra de usuarios, de la cual, un número importante también viven en familias mono-parentales e incluso familias reconstituidas. Un porcentaje menor de adolescentes de ambas muestras viven dentro de una familia extensa.

En cuanto al tipo de vivienda, se observan diferencias, ya que más adolescentes de la muestra escolar viven en casa, aunque ambas muestras reportan que también viven en casas en terreno familiar (junto a dos o más familias), o en un departamento.

También se observa que un mayor número de escolares tienen un automóvil, aunque también utilizan más un transporte público, tienen más dinero para gastar y usan más

servicios de salud como IMSS o ISSSTE, mientras que los usuarios de servicios de salud mental se transportan a pie, tienen menos dinero para gastar y cuando se enferman acuden a centros de la Secretaría de Salud.

Por otro lado no se aprecian diferencias significativas en el número de personas que duermen por habitación. En ambas muestras aproximadamente el 50% de los adolescentes refieren tener espacio suficiente en sus casas, tienen una adecuada percepción del tamaño de sus viviendas, más chicos y chicas de la muestra clínica tienen la percepción de estar un poco amontonados, o no contar con suficiente espacio en sus viviendas. En cuanto a servicios telefónicos, servicio de cable, y otros recursos como computadora, computadora portátil, sus condiciones son similares, sin embargo, mayor número de adolescentes de la MC visitan cafés internet en comparación a la ME.

Por último, los adolescentes escolares refieren menores expectativas de estudios por parte de sus padres, pero más altas con respecto a sí mismos. Más escolares esperan continuar estudiando y lograr un posgrado, en comparación con los usuarios de servicios de salud mental cuyas expectativas de estudio y superación académica sobre sí mismos son menores.

Perfil sociodemográfico de los padres

El análisis comparativo de algunas características sociodemográficas de los padres de los adolescentes de la muestra escolar y de la clínica, realizado con X^2 (chi cuadrada), se presenta en la tabla 4.

La edad de los padres en ambas muestras se ubica en un rango entre los 30 y 50 años, sin diferencias significativas. Se observa que los padres y las madres de la muestra escolar tienen un mayor grado de estudios; que un porcentaje más alto tienen estudios de secundaria, a diferencia de la muestra clínica en la que hay una concentración importante de padres que cuentan con estudios de primaria y de secundaria. También se observa en las dos muestras, la escolaridad de los padres es más alta en comparación con las madres.

La mayoría de los padres son empleados, y las madres son amas de casa en ambas muestras. Mientras el sostén económico principal de la familia en la muestra escolar es en primer lugar el padre, en la muestra clínica, son ambos, con un número significativamente mayor de mujeres que trabajan.

Tabla 4
Características sociodemográficas de los padres de los adolescentes.⁸

Variables	M. Escolar Padres 538	M. Clínica Padres 100	t Student /X ²	p	M. Escolar Madres 538	M. Clínica Madres 100	X ²	p
Rango de edad	30-50 años	30-50 años	28.58	.000**	30-50 años	30-50 años	6.44	.265
No sé	8.2	25.0			5.2	9.0		
Menos de 30	1.3	3.0			2.6	6.0		
30-40 años	36.6	25.0			50.7	43.0		
41-50 años	37.9	30.0			35.1	35.0		
51-60 años	12.1	12.0			6.2	7.0		
Mas de 60	0.7	1.0			0	.0		
Ya falleció	3.2	4.0			.2	.0		
Escolaridad			17.83	.007**			20.44	.002*
No estudió	2.0	.5			3.3	3.0		
Primaria	22.9	18.0			27.9	36.0		
Secundaria	36.8	40.0			37.2	33.0		
Preparatoria	21.2	17.0			22.1	15.0		
Licenciatura/Normal	10.2	6.0			6.7	6.0		
Posgrado	3.2	0.5			1.7	.0		
No sé	3.7	13.0			1.1	7.0		
Estado civil			16.38	.012**			29.58	.000**
Casado	67.2	60.0			65.6	57.0		
Divorciado	4.8	6.0			6.3	12.0		
Viudo	.7	.0			1.9	2.0		
Separado	6.7	10.8			7.6	12.0		
Unión libre	15.5	10.0			17.8	10.0		
Se volvió a casar	1.5	6.0			.6	4.0		
No sé no lo conocí	3.5	8.0			.2	3.0		
Ocupación			10.344	.111			26.90	.000**
Obrero	10.2	8.0			10.3	13.0		
Empleado	47.5	44.0			9.7	14.0		
Empresa/Comercio	18.8	20.0			14.4	9.0		
Ama de casa					52.4	35.0		
Eventual/ Trabajadora doméstica	6.7	7.0			5.2	14.0		
Desempleado	1.5	5.0			1.9	6.0		
Profesionista	10.7	7.0			6.5	8.0		
No s	4.5	9.0			.2	1.0		
Sostén \$ de la familia				.000**			30.80	.000**
	51.9	37.4			14.6	35.4		
Ambos		28.5				21.2		

** p ≤ 0.001; * p ≤ 0.05

⁸ Datos aportados por los adolescentes y presentados en porcentajes

Variabes personales y familiares

Percepción de pobreza o adversidad económica

Al comparar las puntuaciones totales de la percepción de pobreza o adversidad económica entre ambas muestras se encontraron valores moderados (2.35 a 2.56) en ambas muestras (en una escala de 1 a 4), pero los valores t de Student indican diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los reactivos siendo la muestra escolar la que tiende a percibir mayor falta de dinero para cubrir tanto necesidades básicas o satisfactores básicos como comida, transporte, útiles escolares; como necesidades secundarias, por ejemplo, divertirse, comprar regalos; mientras la clínica percibe menos recursos para satisfactores secundarios como la ropa que quieren, diversiones, o regalos (Tabla 5).

Tabla 5
Percepción de pobreza o adversidad económica de las muestras escolar y clínica:
Diferencias de Medias.

Reactivo Falta de:	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
Dinero para comprar comida	2.62	1.191	1.62	.708	8.110	.000**
Dinero para transporte	2.75	1.094	2.04	.963	6.075	.000**
Dinero para pagar las cuentas	2.58	.948	2.50	.835	.788	.431
Dinero para arreglar la casa	2.51	1.001	2.30	.948	1.952	.051*
Dinero para comprar útiles escolares	2.63	1.091	1.90	.798	6.397	.000**
Dinero para comprar la ropa que necesito	2.61	.994	2.35	.783	2.457	.014*
Dinero para comprar la ropa que quiero	2.48	.874	2.96	.777	-5.144	.000**
Dinero para hacer cosas divertidas, comer restaurante	2.51	.876	2.97	.784	-4.904	.000**
Dinero para comprar regalos	2.43	.937	2.56	.808	-1.287	.198
Valor promedio grupal	2.56	.796	2.35	.588	2.557	.011*
Sumatoria Percepción de pobreza	23.12	7.16	21.20	5.29	2.557	.011**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Aunque ambas muestras presentan valores similares en la percepción de recursos económicos para pagar las cuentas, para comprar regalos y para arreglar la casa; la muestra escolar presenta una distribución más uniforme y los valores más altos están en la percepción de limitaciones de dinero para comprar productos básicos, mientras que en la muestra clínica, la percepción de falta de dinero presenta un incremento en los valores con

respecto a comprar algunos bienes y servicios no básicos, como comprar la ropa que quieren, y salir a divertirse.

Sucesos de vida estresantes

Con respecto a los sucesos de vida negativos o estresantes, la Tabla 6 muestra que en ambas muestras, la mayoría de las áreas presentan puntuaciones T promedio o dentro de la norma o por debajo de T65 considerado punto de corte (muestra normativa mexicana) a partir del cual estaría indicando que un adolescente ha experimentado más sucesos estresantes de lo esperado. No obstante la muestra clínica, presenta puntuaciones más elevadas en todas las áreas, algunas de ellas ligeramente por debajo del punto de corte y dos áreas por arriba de la norma.

Los valores t de Student, arrojan diferencias estadísticamente significativas entre la muestra escolar y la muestra clínica en todas las dimensiones de los sucesos negativos o estresantes, en particular las áreas familiar (Fam) y problemas de conducta (PCo) se encuentran por arriba de la media, lo que indica mayor presencia de estrés y situaciones de riesgo en los adolescentes clínicos.

Tabla 6
Diferencias de medias en puntuaciones T de sucesos estresantes: Muestras escolar y clínica.

Dimensión o Área	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
Familiar	56.24	16.35	71.61	23.03	-8.00	.000**
Social	53.60	12.80	59.72	15.64	-4.21	.000**
Logros y Fracasos	53.86	12.32	60.36	13.30	-4.76	.000**
Salud	55.09	15.75	59.15	18.07	-2.29	.022*
Personal	54.76	12.74	63.92	13.57	-6.50	.000**
Problemas de Conducta	52.53	13.94	73.47	21.66	-12.44	.000**
Escolar	50.85	11.84	63.40	14.52	-9.33	.000**
Sucesos Promedio General	53.06	11.01	64.60	14.92	-9.17	.000**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

En la Tabla 7 se presentan los valores promedio de los sucesos negativos de todas las escalas, de las muestras escolar y clínica, así como los de la muestra normativa de adolescentes mexicanos. En ella se aprecian de manera más clara las diferencias entre

ambas muestras en los puntajes obtenidos en los sucesos estresantes, ya que los valores promedio de la muestra clínica son más altos en todas las áreas que los de la muestra escolar, sin embargo, ésta también presenta valores más altos si le compara con la muestra normativa.

Tabla 7
Diferencias de medias de sucesos negativos en puntajes crudos: Muestras escolar, clínica y normativa.

Dimensión o Área	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p	M. Normativa N=1247	
	Media	D. E.	Media	D. E.			Media	D. E.
Familiar	18.85	16.43	33.73	24.09	-7.631	.000**	12.50	10.10
Social	7.87	6.27	10.86	7.65	-4.195	.000**	6.11	4.90
Logros y Fracasos	5.39	4.53	7.68	4.86	-4.551	.000**	5.76	3.69
Salud	6.70	7.04	8.51	8.10	-2.289	.000**	4.42	4.47
Personal	12.41	8.45	18.12	9.28	-6.082	.000**	9.24	6.58
Problemas de Conducta	5.82	7.66	17.78	11.92	-12.92	.000**	4.45	5.43
Escolar	2.79	3.48	6.54	4.33	-9.442	.000**	2.53	2.89
Sucesos Promedio General	15.10	9.89	25.22	12.01	-9.172	----	-----	-----

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Afrontamiento

La tabla 8 presenta los puntajes de las estrategias de afrontamiento expresados en los promedios de las sumatorias de la muestra escolar y la muestra clínica, los cuales arrojan diferencias estadísticamente significativas en los valores t, en solo tres de los ocho factores en los que se agrupan las estrategias de afrontamiento: F1 solución de problemas, F3 rumiación, y F5 búsqueda de apoyo social. Se observan diferencias con significancia estadística solo en tres factores solución de problemas, rumiación y búsqueda de apoyo social entre ambas muestras. La muestra escolar tiende a utilizar más solución de problemas y búsqueda de apoyo social, pero menos rumiación, por el contrario la clínica presenta puntajes más altos en rumiación. En general se observan medias superiores en las estrategias funcionales en la muestra escolar y las disfuncionales en la clínica, como respuestas fisiológicas, de evitación y conducta lesiva.

Tabla 8
Diferencias de medias estrategias de afrontamiento: Muestras escolar y clínica.

Estrategia	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
Solución de Problemas	42.98	11.27	38.67	10.46	3.46	.001**
Respuestas Fisiológicas	13.99	5.36	15.12	5.59	-1.86	.062
Rumiación	14.43	4.72	16.57	4.93	-4.06	.000**
Evitación	9.08	3.08	9.56	3.11	-1.40	.161
Búsqueda de apoyo social	8.15	3.41	6.15	2.83	5.44	.000**
Distracción	15.12	4.39	14.89	4.31	.488	.625
Conducta Autolesiva	4.59	2.26	5.06	2.41	-1.86	.063
Religiosidad	4.68	1.63	4.72	1.61	-.270	.787

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Fs= Factores: F1SP=Solución de problemas; F2RF=Respuestas Fisiológicas; F3R=Rumiación; F4E=Evitación; F5BAS=Búsqueda de Apoyo Social; F6E-D=Distracción; F7CA=Conducta Autolesiva; F8Re=Religiosidad.

Apoyo social percibido

En la tabla 9 se presentan las medias y los valores t de Student, resultado de la comparación de la muestra escolar y la muestra clínica con respecto al apoyo social percibido o percepción del apoyo social. En ella se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras, ya que las puntuaciones más altas en la percepción del apoyo social corresponden a la muestra escolar y las puntuaciones más bajas a la muestra clínica. Estos datos indican que en general los escolares perciben mayor apoyo, en primer lugar de su familia, así como también mayor apoyo de otros, en comparación con los adolescentes que asisten consulta a un servicio de salud mental. Sin embargo, ambos perciben de igual manera el apoyo de los amigos.

Tabla 9.
Diferencias de medias del apoyo social percibido: Muestras escolar y clínica.

Dimensión o Factor	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
Familiar	25.76	4.29	23.87	5.03	3.928	.000**
Amigos	21.80	3.90	21.89	4.11	-.214	.831
Otros	25.01	3.95	24.09	4.03	2.144	.032*
ASP Sumatoria	72.59	10.05	69.80	10.77	2.46	.014*

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Funcionamiento familiar

El análisis comparativo del funcionamiento familiar entre los adolescentes de la muestra escolar y la clínica (Tabla 10), arroja valores *t* de Student, que indican diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras en la puntuación total y por factores o dimensiones. Esto indica que los escolares reportan mejor funcionamiento familiar en general, mayor unión y apoyo, mayor expresión o comunicación, y menos dificultades, en contraste con los adolescentes de la muestra clínica.

Tabla 10.
Diferencias de medias del funcionamiento familiar: Muestras escolar y clínica.

Dimensión o Factor	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
Unión y Apoyo	15.92	3.28	14.76	3.62	3.176	.002*
Expresión	16.00	3.34	14.36	3.59	4.430	.000**
Dificultades	10.96	3.41	14.88	2.89	10.772	.000**
FFamiliar Sumatoria	46.80	8.40	40.09	6.12	7.61	.000**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Adaptación

Con respecto a la adaptación, las tablas 11,12 y 13 muestran los análisis comparativos entre la muestra escolar y la muestra clínica, de las puntuaciones T promedio, obtenidas en los diferentes grupos de escalas del MMPI-A, básicas, contenido y suplementarias, a través de las cuales se evaluó la adaptación. Puntuaciones T entre 40 a 65 se consideran dentro de la norma estadística, y como indicadores de adaptación positiva, por el contrario, valores $T > 65$ son indicadores de adaptación negativa o presencia de problemas emocionales.

La tabla 11, presenta valores *t* de Student, de las escalas básicas: escalas de validez (F_1 Infrecuencia1, 1ª. parte; F_2 Infrecuencia2, 2ª. parte; F Infrecuencia; L Mentiras, K Defensividad; escalas clínicas (1 Hipocondriasis; 2 Depresión; 3 Histeria; 4 Desviación psicopática; 6 Paranoia; 7 Psicastenia; 8 Esquizofrenia; 9 Hipomanía; 0 Introversión Social) los cuales arrojan diferencias significativas entre la muestra escolar y la clínica, tanto en las escalas de validez como en las escalas clínicas, a excepción de la escala 3(Hi), sin embargo, las puntuaciones de las F (F_1 y F) son limítrofes a la norma. Se observa que en general las

puntuaciones T promedio, no rebasan 65 en ninguna de las muestras, esto es, están en el rango de normalidad.

Tabla 11.
Escalas Básicas MMPI-A. Diferencias de medias puntuaciones T: Muestras escolar y clínica.

Escalas Validez	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
F1	57.81	14.359	64.83	12.916	-4.559	.000**
F2	55.88	12.494	58.94	12.244	-2.255	.024*
F	57.42	13.517	62.57	12.650	-3.532	.000**
L	55.03	11.631	52.03	10.034	2.417	.016*
K	51.33	10.401	48.17	9.189	2.840	.005*
Clínicas						
1H	55.91	11.004	59.02	9.312	-2.657	.008*
2D	53.18	10.479	56.46	11.629	-2.822	.005*
3Hi	54.99	11.761	57.23	9.905	-1.788	.074
4Dp	52.92	10.300	62.94	9.934	-8.982	.000**
6Pa	54.74	11.671	61.20	11.238	-5.112	.000**
7Psy	52.18	10.256	58.58	10.924	-5.673	.000**
8Es	54.63	10.945	60.70	10.482	-5.127	.000**
9Ma	51.18	10.193	57.63	12.124	-5.635	.000**
0 I-E	52.02	8.651	55.39	9.396	-3.530	.000**
Prom Total	48.17	6.789	52.91	6.375	-6.472	.000**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Escalas Validez: F₁ Infrecuencia1, 1ª. parte; F₂ Infrecuencia2, 2ª. parte; F Infrecuencia; L Mentiras, K Defensividad. Escalas Clínicas: 1 Hipocondriasis; 2 Depresión; 3 Histeria; 4 Desviación psicopática; 6 Paranoia; 7 Psicastenia; 8 Esquizofrenia; 9 Hipomanía; 0 Introversión Social

La tabla 12 muestra las puntuaciones T promedio de las escalas de contenido para adolescentes, Ansiedad (ANS-A), Obsesividad (OBS-A), Depresión (DEP-A), Preocupación por la salud (SAU-A), Enajenación (ENA-A), Pensamiento delirante (DEL-A), Enojo (ENJ-A), Cinismo (CIN-A), Problemas de conducta (PCO-A), Baja autoestima (BAE-A), Aspiraciones Limitadas (ASL-A), e Incomodidad social (ISO). Se observa que las puntuaciones T están dentro de la norma tanto en la muestra escolar como en la clínica, sin embargo, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras en prácticamente todas las escalas, excepto en las escalas SAU-A e ISO-A. Las puntuaciones más altas de la muestra

clínica se presentan en las escalas ASL-A, FAM-A y ESC-A. Lo que indica que los adolescentes clínicos tienen menos aspiraciones y más problemas familiares y en la escuela.

Tabla 12.
Escalas de Contenido MMPI-A. Diferencias de medias puntuaciones T:
Muestras escolar y clínica.

Escalas Contenido	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
ANS-A	51.31	9.821	57.61	10.570	-5.816	.000**
OBS-A	49.95	10.603	55.93	11.325	-5.127	.000**
DEP-A	51.70	10.125	58.49	10.369	-6.139	.000**
SAU-A	56.60	11.664	58.65	9.971	-1.649	.100
ENA-A	52.66	10.001	57.75	10.570	-4.630	.000**
DEL-A	53.97	11.442	57.77	12.450	-3.005	.003*
ENJ-A	49.62	10.101	56.23	10.446	-5.978	.000**
CIN-A	49.26	10.309	51.67	10.880	-2.128	.034*
PCO-A	51.49	10.816	57.80	12.576	-5.219	.000**
BAE-A	52.04	9.772	56.36	11.176	-3.966	.000**
ASL-A	55.58	10.335	60.61	9.696	-4.512	.000**
ISO-A	52.45	9.185	53.99	10.198	-1.515	.130
FAM-A	53.84	9.768	60.55	10.016	-6.286	.000**
ESC-A	53.63	10.744	63.49	13.691	-8.046	.000**
RTR-A	53.43	10.461	59.06	11.329	-4.874	.000**
Prom Total	52.43	7.305	57.63	7.351	-6.531	.000**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Ansiedad (ANS-A), Obsesividad (OBS-A), Depresión (DEP-A), Preocupación por la salud (SAU-A), Enajenación (ENA-A), Pensamiento delirante (DEL-A), Enojo (ENJ-A), Cinismo (CIN-A), Problemas de conducta (PCO-A), Baja autoestima (BAE-A), Aspiraciones Limitadas (ASL-A), e Incomodidad social (ISO)

Los análisis comparativos de las escalas suplementarias, Alcoholismo de MacAndrew (MAC-A), Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas (RPAD), Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas (TPAS), Inmadurez (INM) Ansiedad (A-A), y Represión (R-A) mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las muestras escolar y clínica, en todas las escalas, aunque las puntuaciones T no son mayores de 65 en ambas muestras (Tabla 13). Se aprecia que la muestra clínica presenta T más altas que la muestra escolar, en particular en TRAD e INM, lo que implica mayor tendencia a reconocer abuso de drogas y mayor nivel de inmadurez; a excepción de la escala R-A, en la cual las

puntuaciones en la muestra clínica son significativamente más bajas, lo que sugiere menor capacidad de autocontrol o contener impulsos de los adolescentes de la muestra clínica en comparación con los de la muestra escolar.

Tabla 13.
Escalas Suplementarias MMPI-A. Diferencias de medias puntuaciones T:
Muestras escolar y clínica.

Escalas Suplementarias	M. Escolar N=538		M. Clínica N=100		t	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
MAC-A	51.05	10.759	58.09	11.599	-5.937	.000**
RPAD	55.80	11.428	58.86	12.091	-2.440	.015*
TPAD	51.83	10.052	60.66	11.935	-7.825	.000**
INM-A	54.78	10.588	61.89	11.409	-6.090	.000**
A-A	50.59	9.828	56.27	10.127	-5.284	.000**
R-A	52.72	11.586	48.34	11.187	3.489	.001**
Prom Total	52.79	6.274	57.35	6.366	-6.658	.000**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Alcoholismo de MacAndrew (MAC-A), Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas (RPAD), Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas (TPAS), Inmadurez (INM) Ansiedad (A-A), y Represión (R-A)

Variables filtro para el tamizaje del riesgo y la adaptación

Con base en los resultados de los análisis comparativos de la muestra escolar y la muestra clínica de todas las variables de estudio, se exploraron de manera particular las variables que podrían funcionar como filtro del NSEB (nivel socioeconómico bajo), estrés (presencia de sucesos estresantes) y adaptación (positiva/negativa) para determinar los criterios y puntos de cortes para realizar el tamizaje de adolescentes en pobreza y adicionalmente estrés, es decir, en condiciones de riesgo (NSEB y estrés), para así identificar a adolescentes que a pesar de ello presentaran adaptación positiva, por tanto resilientes (R), y los que presentaron adaptación negativa o problemas emocionales, esto es, no resilientes (NR). Las variables filtro o tamiz, fueron las siguientes.

Nivel Socioeconómico Bajo (NSEB). Tomando en cuenta los análisis estadísticos comparativos con las muestras escolar y clínica, y muestra general se establecieron cinco indicadores para definir el NSEB: 1. Escolaridad del padre, 2. Ocupación del padre, 3. Escolaridad de la madre, 4. Tipo de vivienda, y 5. Cantidad de dinero que recibe el

adolescente para gastar diariamente se consideró como un indicador indirecto de ingreso económico. Todos ellos son indicadores similares a los reportados en estudios con poblaciones marginadas, nivel socioeconómico bajo y pobreza (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock, 2008; Centro Comunitario de Salud Mental -CECOSAM-, 2008; Conger, et al., 1997; 1999; Figueroa, et al., 2005; Wadsworth, et al., 2005).

Se consideró NSEB el presentar por lo menos tres indicadores, con base en el punto de corte de la muestra total. La escolaridad baja del padre y/o de la madre, se definió a partir de un nivel de estudios menor o igual a secundaria. Ser empleado o tener una ocupación de menor rango como campesino y obrero, en el caso de los padres; en el de las madres, ser campesina, obrera, empleada, o trabajadora doméstica, se estimaron como marcadores del NSEB. Otro criterio fue el vivir en cuarto, vecindad, unidad habitacional o departamento. Un indicador económico fue el dinero que le dan al adolescente para gastar diariamente; se determinó como punto de corte \$20.00 o menos como ingreso diario para identificar adolescentes de NSEB.

Sucesos de vida estresantes (estrés). Se definió la variable filtro estrés como la presencia de sucesos de vida estresantes o negativos, lo cual se determinó a partir de las puntuaciones T del Cuestionario Sucesos de Vida (Lucio, et al., 2003). Elevaciones de $T > 65$ en los sucesos negativos en una o más áreas del Cuestionario se consideró presencia de estrés. También se utilizaron las medias de la muestra normativa para adolescentes mexicanos, como parámetro para establecer el punto de corte de elevaciones de T y el número de escalas.

Adaptación. La adaptación se definió a partir de las puntuaciones T del MMPI-A. Se exploraron diversos criterios tanto estadísticos como clínicos para identificar a los adolescentes adaptados y diferenciarlos de los no adaptados. Se consideraron tres criterios básicos para determinar adaptación en los adolescentes: a. punto de corte en la elevación de las puntuaciones T de las escalas; c. tipo y número de escalas; y b. número de escalas mayores de T65.

- a. El punto de corte de la elevación de las puntuaciones T, se determinó a partir de un criterio de normalidad determinado para población mexicana en el MMPI-A (Lucio, 1998). Puntuaciones $T < 65$ se consideran dentro de la norma estadística e indicador de adaptación positiva y puntuaciones $T > 65$ como indicadores de adaptación negativa, no adaptación o presencia de problemas emocionales. También se revisaron los criterios aplicados en otros estudios (Archer, Handel & Lynch, 2001;

Archer, et al., 2002; Cashel, et al., 2009; Fontanine, et al., 2001; McGrath, et al., 2002; Morton, et al., 2002; Scott, et al., 2002) que en general siguen los mismos parámetros.

- b. Para establecer el tipo y número de escalas en primer lugar se exploró el comportamiento de la variable adaptación conforme a criterios clínicos de acuerdo a la evidencia empírica (Fontaine, et al., 2001) en dicho análisis se consideraron todas las escalas del MMPI-A excepto las escala 5Mf (clínica) y RTR-A (contenido). En segundo lugar se corrió un análisis discriminante con la muestra escolar y la muestra clínica del MMPI-A, conforme al cual se determinaron cuales eran las escalas que permitían clasificar mejor a los adolescentes y por tanto discriminar mejor a ambas muestras, para después identificar a los adolescentes con adaptación positiva o negativa de manera similar a otras investigaciones (Cashel, et al., 2009; Fontanine, et al., 2001; Morton, et al., 2002; Stein, et al., 2002).
- c. Se consideró adaptación positiva tener menos de tres escalas con puntuaciones $T > 65$ y adaptación negativa presentar tres o más escalas con puntuaciones $T > 65$, como se ha sugerido con anterioridad (Archer, et a, 2001; Fontaine, et al., 2001) y en función del promedio de escalas con $T > 65$ de la muestra total.

Indicadores y puntos de corte para las variables filtro: NSEB, sucesos estresantes y adaptación

Las Tablas 14, 15 y 16 muestran los indicadores de cada variable para la muestra escolar y la muestra clínica, así como la muestra total, del funcionamiento de las variables filtro o tamiz. En la tabla 14 se muestran los puntos de corte establecidos a partir de los análisis descriptivos previos con ambas muestras respecto a las variables NSEB, y presencia estrés (sucesos estresantes) y adaptación, que guiaron el establecimiento de algunos criterios para realizar el tamizaje e identificar adolescentes en riesgo (con NSEB y estrés), así como para identificar adaptación (positiva/negativa) y diferenciar a los adolescentes resilientes (adaptación positiva o ausencia de problemas emocionales) y no resilientes (adaptación negativa o presencia de problemas emocionales).

Los valores promedio y puntos de corte para cada uno de las variables filtro o tamizaje se reportan en la tabla 14, en la cual se observan mayores puntuaciones y/o valores en la muestra clínica que en la muestra escolar.

Tabla 14.
Indicadores para la estimación de puntos de corte para las variables tamiz:
Comparación muestras escolar, clínica y total.

INDICADORES (Variables filtro)	Muestra Escolar N=538	Muestra Clínica N=100	Muestra Total N=638
NSE			
NSE Bajo indicadores	3	4	3
ESTRES			
Número sucesos negativos	13.5	24	15
Escalas sucesos negativos	0	3	1
T>65			
T promedio Sucesos negativos	50.88	62.62	52.70
Sumatoria Sucesos negativos	52.00	98.00	58.00
ADAPTACIÓN			
T promedio Clínicas	48.17	52.91	48.60
T promedio Contenido	52.43	57.63	53.21
T promedio Suplementarias	52.79	57.35	53.00
Escalas Clínicas T>65	0	2	1
Escalas Contenido T>65	1	3	1
Escalas Suplementarias T>65	0	1	0
Total de Escalas T>65	2	6	3

Con relación a las variables filtro o tamiz, la muestra clínica presenta más indicadores de NSEB, más sucesos negativos o estresantes, valores naturales (sumatorias) y puntuaciones T más elevadas que denotan mayor número de sucesos estresantes que los escolares. Las puntuaciones T promedio de las escalas del MMPI-A para evaluar adaptación, aunque dentro de la norma estadística, también son más elevadas en la muestra clínica, presentando mayor número de escalas con T>65, que la muestra escolar (Tabla 14). Con base en estos datos se generaron las variables tamiz.

Tabla 15
VARIABLES DE RIESGO TAMIZ (NSEB y Estrés): Distribución de la muestra escolar y clínica de acuerdo a puntos de corte.⁹

VARIABLES TAMIZ RIESGO	Criterio (punto de corte)	Muestra Escolar N=538	Muestra Clínica N=100	Muestra Total N=638
NSE				
NSEB	≥ 3 Indicadores	68.7% (369)	83% (83)	70.8% (452)
Otro nivel	< 3 Indicadores	31.3% (169)	17% (17)	29.2% (186)
ESTRÉS				
Estrés	Sucesos T>65	49.3% (265)	87% (87)	55.2% (352)
No Estrés	Sucesos T≤65	50.7% (273)	13% (13)	44.8% (286)

⁹ Los puntos de corte para estrés y adaptación están en función de puntuaciones T, usando como parámetro la muestra normativa mexicana, y el número de escalas con elevaciones que presentó la muestra total de este estudio

La tabla 15 muestra la distribución de las variables filtro y sus criterios o puntos de corte, de forma comparativa, entre la muestra escolar, la muestra clínica y la muestra total. Se observa que un alto porcentaje de ambas muestras cubrieron los criterios de NSEB o pobreza, aunque más adolescentes de la muestra clínica presentan NSEB.

En relación a la presencia de estrés, se aprecian diferencias en la distribución o porcentajes entre la muestra escolar y la clínica, ya que en esta última más adolescentes reportaron que han experimentado sucesos que rebasan la norma estadística (grupo poblacional normativo mexicano) por lo menos en un área (punto de corte), en comparación con la muestra escolar. No obstante, se observa que un poco más de la mitad de los adolescentes de ambas muestras han estado expuestos a sucesos considerados como negativos o estresantes (Tabla 15).

Análisis discriminante

Con el propósito de definir adaptación de forma objetiva con base en criterios estadísticos, se corrió un análisis discriminante (Tabla 16) para determinar cuales de las escalas podrían ser más útiles para discriminar y clasificar a los adolescentes de la muestra escolar (N=454) y muestra clínica (N=95). En este análisis se incluyeron solo 549 casos, al eliminarse 89 casos, por no cubrir todos los criterios conforme al funcionamiento del MMPI-A (Ver Figura 6 en Procedimiento).

Las puntuaciones T de las escalas del MMPI-A fueron consideradas como variables discriminantes potenciales. Se introdujeron todas las variables en un análisis directo en el cual la función discriminante fue significativa con una Lambda de Wilks de .774 ($p < .01$). Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas, la clasificación de las muestras, y la correlación canónica se integran también en la tabla 16. Los datos de la matriz de estructura sugieren que las primeras 20 escalas ($r > .300$) son las que pueden predecir mejor la adaptación. La muestra clínica exhibe puntuaciones T más altas en las diferentes escalas, que la escolar, obteniéndose una correlación canónica moderada (Kerlinger, et al., 2002).

Tabla 16
Resultados del análisis discriminante con el MMPI-A:
Clasificación de las muestras escolar y clínica.

Variables Predictoras	Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas	Correlaciones de las Variables Predictoras de la Función Discriminante	
MMPI Escalas			
4Dp (cl4)	.566	.699	
6Pa (cl6)	.186	.446	
7Psy (cl7)	-.079	.411	
8Es (cl8)	-.437	.409	
9Ma (cl9)	.321	.419	
ANS-A (c1)	.240	.453	
OBS-A (c2)	.043	.356	
DEP-A (c3)	.256	.494	
ENA-A (c5)	-.178	.361	
ENJ-A (c7)	.010	.390	
PCO-A (c9)	.001	.393	
BAE-A (c10)	-.183	.316	
ASL-A (c11)	-.027	.366	
FAM-A (c13)	.242	.511	
ESC-A (c14)	.408	.620	
RTR-A (c15)	.170	.380	
MAC-A (s1)	.170	.407	
TPAD-A (s3)	.242	.582	
INM-A (s4)	-.029	.479	
A-A (s5)	-.162	.386	
Resultados Clasificación ^a		Grupo de pertenencia pronosticado	
Muestra original	N*	Escolar	Clínico
Escolar	454	362 (79.7%)	92 (20.3%)
Clínico	95	25 (26.3%)	70 (73.7%)
Correlación Canónica	Lambda de Wilks	gl	P
.475	.774	32	.000

^a Clasificados correctamente el 78.7% de los casos agrupados originales.

*NT=549

Distribución de las variables riesgo, adaptación y resiliencia

La Tabla 17 presenta la distribución de adolescentes con adaptación y sin adaptación de las muestras escolar y clínica utilizando como parámetro la muestra total junto con criterios clínicos, con base en los resultados del análisis discriminante.

Tabla 17

Distribución Variable Filtro Adaptación (Resiliencia). Comparación muestra escolar y clínica conforme a criterios clínicos y análisis discriminante.

VARIABLE FILTRO RESILIENCIA	CRITERIOS	Muestra Escolar N=454	Muestra Clínica N=95	Muestra Total N=549
ADAPTACIÓN				
Adaptación^a				
Adaptación	<3 Escalas T>65	57.5% (261)	24.2% (23)	51.7% (284)
No Adaptación	≥3 Escalas T>65	42.5% (193)	75.8% (72)	48.3% (265)
AdaptaciónD3^b				
Adaptación	<3 Escalas T>65	71.1% (323)	44.2% (42)	66.5% (365)
No Adaptación	≥3 Escalas T>65	28.9% (131)	55.8% (53)	33.5% (184)

^aIncluidas todas las escalas excepto 5 y sin RTR de contenido punto de corte 3 (pc3)

^bIncluidas todas las escalas conforme al análisis discriminante, punto de corte 3 (pc3)

En primer lugar se presenta la variable “Adaptación” (punto de corte <3 escalas >T65), resultado del análisis estadístico de ambas muestras y su comparación con la muestra total, así como en función de criterios clínicos basados en las desviaciones estándar expresadas en puntuaciones T, los cuales tienen que indicar por lo menos 5 puntuaciones de diferencia entre las muestras estudiadas, como se recomienda en algunos estudios con el MMPI-A (Lucio, Ampudia y Durán, 1996; Morton, et al., 2002; Scott, et al., 2002).

En segundo lugar se presenta la distribución en función de la aplicación de la variable “AdaptaciónD3” (punto de corte <3 escalas T>65), generada a partir de los datos del análisis discriminante. En el primer caso, con la construcción o definición de la variable “Adaptación”, la mitad de toda la muestra presenta escalas T≤65 en el MMPI-A lo que significa adaptación y el resto de los adolescentes no presentan adaptación (2 o más escalas con T>65).

Incluyendo la variable “AdaptaciónD3” se observa que un mayor porcentaje de adolescentes de la muestra total presenta adaptación incluyendo a la muestra clínica, aunque en menor porcentaje que la muestra escolar. Nótese que en ambos casos 3 fue el número de escalas por arriba de T65 que funciona como punto de corte para considerar no adaptación, solo cambiaron el tipo de escalas en función del análisis discriminante (Ver pie de tabla 17).

La tabla 18 presenta la distribución resultado de la exploración al aplicar las variables filtro combinando las variables o por separado, para realizar el tamizaje de adolescentes en riesgo y adaptados (resilientes) considerando las variables filtro “NSEB”, “Estrés”, y “Adaptación” (con los resultados del análisis discriminante) por separado y de manera conjunta, por pasos.

Tabla 18
Comparación de las variables tamiz conjuntas entre muestras escolar y clínica.

VARIABLES TAMIZ JUNTAS	Muestra Escolar N=454		Muestra Clínica N=95		Muestra Total N=549	
	N	%	N	%	N	%
NSEB o Estrés	374	82.7	95	100.0	469	85.4
NSEB y Estrés	163	35.9	67	70.5	230	41.1
NSEB y AdaptaciónD3						
Resilientes	214	47.1	34	35.8	248	45.2
No Resilientes	240	52.9	61	64.2	301	54.8
Estrés y AdaptaciónD3						
Resilientes	129	28.4	32	33.7	161	29.3
No Resilientes	325	71.6	63	66.3	388	70.7
NSEB o Estrés y AdaptaciónD3 (Resilienciapoe)						
Resilientes	336	74.0	87	22.7	423	77.0
No Resiliente	118	26.0	8	8.4	126	23.0
NSEB y Estrés y AdaptaciónD3 (Resilienciapye)						
Resilientes	99	21.4	16	22.5	115	20.9
No Resiliente	363	80.0	71	74.7	434	79.1

Se observa que el 100% de la muestra clínica presenta NSEB o estrés (sucesos estresantes), y que un alto porcentaje de la muestra escolar también. La mayor parte de los adolescentes de la muestra clínica presentan NSEB y estrés; el doble de adolescentes clínicos presentan estrés en comparación con los escolares, por cada escolar estresado hay dos de la muestra clínica. Agregando la condición de adaptación, ante una variable de riesgo por separado como el NSEB se observa que un mayor porcentaje de escolares son resilientes (“resiliencia a la pobreza”). Si se introduce sólo la variable estrés (sucesos estresantes), entonces disminuye el porcentaje de adolescentes resilientes (“resiliencia al estrés”) en ambas muestras y en la muestra total, en particular en la muestra escolar.

Utilizándose como filtro el NSEB o el estrés (sucesos estresantes), más la condición de adaptación, se observa que hay un mayor número de resilientes ya sea al NSEB o al

estrés. Al sumar NSEB (pobreza) y el estrés (sucesos estresantes) como factores de riesgo, más la adaptación ante ambas condiciones juntas, se observa que el número de adolescentes resilientes se reduce considerablemente.

Finalmente el tamizaje para identificar a los adolescentes en riesgo y que a pesar de ello muestran adaptación positiva (resiliencia), se realizó considerando tanto el NSEB y el estrés (sucesos estresantes) como factores de riesgo, más la adaptación positiva ante dicho riesgo, para identificar resiliencia.

Características sociodemográficas, personales y familiares de los adolescentes resilientes y no resilientes

Con el propósito de analizar las características sociodemográficas y confirmar la equivalencia de los grupos, así como analizar las variables personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) de adolescentes resilientes (R) y compararlos con adolescentes no resilientes (NR), se corrieron análisis descriptivos y de diferencias de medias con t de Student de todas las variables considerando también el sexo.

Participantes

En esta fase del análisis como resultado del tamizaje, de la muestra total de 549 casos (adolescentes tanto de ME como de la MC), se incluyeron solo 230 casos considerados en riesgo porque presentaron NSEB y estrés (sucesos estresantes). Se eliminaron 319 por no cumplir con los criterios establecidos para ser identificados en riesgo.

El grupo total de casos en riesgo (N=230), quedó integrado por adolescentes de 13 a 18 años de edad con una media de 14.9 años (*D.E.* 1.46), 130 hombres (56 %) y 100 mujeres (44%), de educación media y media superior de instituciones públicas educativas y de salud mental. De los 230 adolescentes en riesgo, 115 adolescentes presentaron adaptación positiva y fueron identificados como grupo resiliente (R), y 115 que no mostraron adaptación positiva fueron identificados como grupo no resiliente (NR), quedando distribuidos de manera equitativa y pareados en función de las variables filtro (Tabla 19).

El grupo R (N=115), quedó integrado por 64 hombres (55.7%) y 51 mujeres (44.3%) con una media de edad de 15.0 años (*D.E.*=1.37), identificados con NSEB, con sucesos estresantes y que presentaron adaptación positiva. El grupo NR (N=115) quedó conformado

por 66 hombres (57.4%) y 49 mujeres (42.6%) con una media de edad de 14.8 años ($D.E.=1.54$) también identificados con NSEB, con sucesos estresantes pero que no presentaron adaptación positiva.

Tabla 19
Distribución por nivel escolar y sexo: Grupos resiliente y no resiliente.

Grupo	Escolaridad	Sexo		Total
		Hombres N= 130	Mujeres N=100	Total N=230
Resiliente (R)	Secundaria	38	30	68
	Preparatoria	26	21	47
	Total	64	51	115
No Resiliente (NR)	Secundaria	50	28	78
	Preparatoria	16	21	37
	Total	66	49	115

Las tablas 19 y 20 muestran una distribución equilibrada en cuanto a nivel de escolaridad, sexo y edad en ambos grupos, aunque se observa que más adolescentes del grupo NR son hombres, tienen una escolaridad más baja, cursan secundaria y tienen 14 años.

Tabla 20
Distribución por edad y sexo: Grupos resiliente y no resiliente.

Grupo	Edad	Sexo		
		Hombres N=130 15.3 años ($D.E.=1.33$)	Mujeres N=100 14.3 años ($D.E.=1.51$)	Total N=230 14.9 años ($D.E.=1.46$)
Resiliente (R)		14.9 años ($D.E.=1.39$)	15.1 años ($D.E.=1.33$)	15.0 años ($D.E.=1.37$)
	13	12	2	14
	14	15	18	33
	15	13	14	27
	16	15	7	22
	17	6	7	13
	18	3	3	6
	N=	64	51	115
No Resiliente (NR)		14.6 años ($D.E.=1.55$)	14.9 años ($D.E.=1.51$)	14.8 años ($D.E.=1.54$)
	13	18	9	27
	14	20	15	35
	15	11	7	18
	16	8	9	17
	17	3	6	9
	18	6	3	9
	N=	66	49	115
N Total=		130	100	230

Características sociodemográficas

Perfil sociodemográfico de los adolescentes

Los valores t de Student, para edad y promedio, y de X^2 (chi cuadrada) para las demás variables no arrojan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo R y el grupo NR en la mayoría de las variables personales, a excepción del promedio escolar, el contar con celular y servicio por TV de paga; lo cual indica que ambos grupos tienen condiciones socioeconómicas similares y permite que sean equiparables en términos de algunos marcadores socioeconómicos de riesgo (Tabla 21).

Tabla 21
Características sociodemográficas: Grupos resiliente y no resiliente.

Variables	Resilientes (R) N= 115		No resilientes (NR) N=115		t Student /X ²	p
	Hombre N=64 55.7%	Mujer N=51 44.3%	Hombre N=66 57.4%	Mujer N=38 42.6%		
Sexo					.071	.790
Edad	14.8 años (DE 1.54)		15.0 años (DE 1.37)		7.949	.159
Escolaridad					2.749	.253
Secundaria	59.1		67.0			
Preparatoria	40.9		32.2			
Promedio escolar	7.8		7.1		-4.930	.000**
Estado civil						
Soltero	100.0		100.0			
Tipo de familia					2.750	.600
Nuclear	51.3		41.7			
Monoparental	26.1		32.2			
Extensa	14.8		14.8			
Reconstituida	6.1		9.6			
Tipo de escuela					1.904	.753
Pública	93.9		95.7			
Tipo de vivienda					4.965	.420
Cuarto	12.3		10.5			
Unidad habitacional	12.3		5.3			
Departamento	12.3		14.0			
Casa en terreno familiar	36.8		35.1			
Casa sola	21.1		28.1			
No. Personas que viven juntas					4.984	.418
Tres a cuatro	33.9		33.6			
Cinco a seis	40.0		37.2			
Siete a ocho	13.9		9.7			

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Tabla 21
Características sociodemográficas: Grupos resiliente y no resiliente (Continuación...)

Variables	Resilientes N= 115	No Resilientes N=115	t Student /X ²	p
No. Personas x habitación			2.206	.698
Dos	46.1	39.5		
Tres a cuatro	27.0	29.8		
Tamaño vivienda			2.584	.630
Suficiente espacio	53.5	47.0		
Un poco amontonados	28.0	33.0		
Amontonados	7.0	10.0		
Línea telefónica			.691	.875
No hay	29.6	33.3		
Una	60.0	55.3		
No. de Automóviles			3.516	.621
No tiene	53.0	60.9		
Uno	35.7	32.2		
Servicio de TV por cable			12.531	.051*
No tienen	68.4	70.2		
Paga por aire	15.8	14.9		
Computadoras			4.243	.236
No tienen	46.1	58.3		
Una	51.3	40.0		
Laptop			3.048	.550
No tienen	87.8	80.9		
Servicio de internet			8.272	.219
No computadora/no acceso	27.8	40.9		
Café internet	35.7	27.0		
Conexión telefónica/inalámbrica	9.6	7.0		
Celular propio			10.369	.035*
No tiene	39.1	48.7		
Prepago sin crédito	42.6	33.0		
Servicio doméstico			2.304	.316
No	95.7	97.4		
Tipo de transporte			2.868	.825
A pie o bici	46.1	50.4		
Ruta camión o pesera	30.4	32.2		
Dinero para gastar			6.747	.345
Nada	3.5	9.6		
\$ 1-10	27.0	27.0		
11-20	49.6	47.8		
21-50	17.4	13.9		
Acceso a salud			7.205	.302
IMSS/ISSSTE	35.7	38.3		
SSA/Público	17.4	22.6		
Seguro Popular	12.2	12.2		
Expectativas estudio padres			6.532	.366
Continuar prepa	34.8	27.0		
Estudios técnicos	12.2	10.4		
Universidad	30.4	27.8		
Expectativas estudio propias			9.595	.143
Continuar prepa	24.6	22.6		
Estudios técnicos	11.3	8.7		
Universidad	33.9	29.6		
Terminar posgrado	18.3	33.0		

** p ≤ 0.001; * p ≤ 0.05

La mayoría de los adolescentes de ambos grupos (R y NR) provienen de una escuela pública; aproximadamente la mitad viven en familias nucleares, una tercera parte en familias mono parentales, un poco más de la décima parte viven en familias extensas y el resto en reconstituidas. Alrededor de la mitad viven en casas ubicadas en terrenos familiares en donde viven dos o más familias (no reportan vecindad). En sus casas habitan de 2 a 4 personas por habitación y creen que están un poco amontonados. Un alto porcentaje no tiene carro y se transporta a pie, bicicleta, o pesera (microbús); tampoco cuentan con computadora o servicio de TV por cable, internet, ni celular propio. A todos ellos les dan entre 11 y 20 pesos diarios para gastar; y la mayoría de ellos acuden a servicios de salud públicos como IMSS o ISSSTE y de la Secretaría de Salud. A pesar de las no diferencias se observa que más adolescentes NR están de secundaria.

Perfil sociodemográfico de los padres

Con respecto a las características sociodemográficas de los padres, los valores de X^2 (chi cuadrada), así como los de t de Student para la edad, no resultaron significativos, lo que indica que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los padres de los adolescentes del grupo R y del grupo NR, lo que indica que son equivalentes (Tabla 22).

El rango de edad de los padres en ambos grupos se ubica entre los 30 y 50 años, sin embargo, se aprecia que más padres del grupo R tienen un rango mayor de edad que los padres del grupo NR. También se observa que la escolaridad de los padres de los adolescentes R es ligeramente mayor, y que los padres del grupo NR tienen menor grado escolar. Más padres de los adolescentes resilientes tienen escolaridad de secundaria, e incluso de preparatoria; en comparación a los padres de los no resilientes quienes en un alto porcentaje tienen primaria. También se observa que ambas muestras la escolaridad de los padres es más alta en comparación a las madres. La mayoría de los padres son empleados, y las madres son amas de casa en ambas muestras, sin embargo, un número mayor de madres de los adolescentes del grupo NR trabajan y contribuyen al gasto familiar. Mientras que más padres del grupo R son el sostén económico principal en el grupo R, en el NR son ambos.

Tabla 22
Características sociodemográficas de los padres de los adolescentes de los grupos R y NR.¹⁰

Variables	Resiliente R	No Resiliente NR	t Student /X ²	p	Resiliente R	No Resiliente NR	t Student /X ²	p
	Padres 115	Padres 115			Madres 115	Madres 115		
Rango de edad	30-50 años	30-50 años	7.156	.307	30-50 años	30-50 años	5.130	.274
No sé	5.2	14.8			3.5	8.7		
Menos de 30	1.7	1.7			2.6	6.1		
30-40 años	38.3	34.8			53.0	48.7		
41-50 años	33.9	33.0			33.9	32.2		
51-60 años	16.5	10.4			7.0	4.3		
Más de 60	.9	.9			-	-		
Ya falleció	3.5	4.3			-	-		
Escolaridad			8.161	.227			8.663	.193
No estudió	4.3	3.5			.9	5.2		
Primaria	21.7	31.3			33.9	35.7		
Secundaria	52.2	46.1			42.6	45.2		
Preparatoria	13.9	7.8			15.7	7.8		
Licenciatura / Normal	5.2	3.5			4.3	1.7		
Posgrado	.0	.9			.9	.9		
No sé	5.6	7.0			1.7	3.5		
Estado civil			9.078	.169			9.657	.140
Casado	61.7	60.0			61.7	58.3		
Divorciado	8.7	9.6			7.0	10.4		
Viudo	.0	1.7			2.6	.9		
Separado	4.3	10.4			5.2	13.0		
Unión libre	21.7	13.0			22.6	14.8		
Ocupación			7.269	.297			6.077	.299
Obrero	11.3	18.3			19.1	28.7		
Empleado	59.1	44.3			19.1	28.7		
Empresal								
Comercio	12.2	16.5			13.0	7.8		
Ama de casa					53.9	47.8		
Eventual/						10.4		
Trabajadora doméstica					6.1			
Desempleado	2.6	5.2			3.5	2.6		
Profesionista	2.6	2.6			4.3	2.6		
Sostén \$ de la familia	100.0	100.0	7.864	.248	100.0	100.0	7.864	.248
Ambos	52.6	45.2			17.5	26.1		
		23.6						

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

¹⁰ Datos aportados por los adolescentes y presentados en porcentajes

Variabes personales y familiares

Se realizaron análisis de diferencias de medias con t de Student (para dos muestras independientes) para comparar el funcionamiento de las diversas variables personales (percepción de pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, percepción del apoyo social) y familiares (funcionamiento familiar) entre el grupo de adolescentes resilientes (R) y el de no resilientes (NR) para describir su perfil psicológico en función de dichas variables y determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

Percepción de pobreza o adversidad económica

Al comparar las puntuaciones totales de la percepción de pobreza o adversidad económica se encontraron valores moderados en la percepción de pobreza (escala 1-4) tanto en el grupo R como en el grupo NR. Los valores t de Student no arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 23). Estos datos sugieren que la percepción de la pobreza o adversidad económica es similar independientemente de que sean R o NR.

Tabla 23
Percepción de pobreza o adversidad económica: Grupos resiliente y no resiliente

Reactivo	Grupo Resiliente N=115				t	Grupo No Resiliente N=115				t	Grupo Resiliente N=115				Grupo No Resiliente N=115			
	Hombres N=64		Mujeres N=51			Hombres N=66		Mujeres N=49			Hombres N=64		Mujeres N=51		Hombres N=66		Mujeres N=49	
Falta de Dinero para:	X	D.E.	X	D.E.		X	D.E.	X	D.E.		X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	t	
Comprar comida	2.25	1.19	2.18	1.03	.348	2.11	1.040	2.31	.962	-1.05	2.22	1.12	2.19	1.00			-.18	
Transporte	2.50	1.09	2.45	1.10	.238	2.39	1.051	2.65	1.011	-1.32	2.48	1.09	2.50	1.03			.18	
Pagar las cuentas	2.48	.87	2.43	.83	.330	2.53	.706	2.61	.837	-.568	2.46	.851	2.57	.762			.97	
Arreglar la casa	2.42	.97	2.37	.93	.275	2.35	.920	2.55	.843	-1.20	2.40	.953	2.43	.890			.28	
Comprar útiles escolares	2.33	1.08	2.35	1.01	-.125	2.20	.898	2.47	.938	-1.57	2.34	1.05	2.31	.921			-.20	
Comprar la ropa que necesito	2.56	.92	2.43	.85	.782	2.45	.845	2.59	.888	-.843	2.50	.892	2.51	.862			.075	
Comprar la ropa que quiero	2.59	.84	2.39	.82	1.28	2.79	.814	2.49	.916	1.84	2.50	.842	2.66	.867			1.38	
Hacer cosas divertidas	2.50	.713	.63	.894	-.851	2.73	.887	2.63	.951	.549	2.56	.797	2.69	.912			1.15	
Comprar regalos...	2.45	.795	2.39	.874	.391	2.53	.808	2.51	.982	.120	2.43	.828	2.52	.882			.848	
Valor promedio grupal	2.45	.682	2.40	.682	.404	2.45	.593	2.53	.677	-.692	2.43	.680	2.48	.649			.649	
Suma PP	22.09	6.14	21.62	6.14	.404	22.07	5.33	22.81	6.09	-.692	22.88	6.12	22.39	.649			.649	

Sucesos de vida estresantes

En relación a la presencia de sucesos de vida negativos o estresantes se identifican algunas diferencias con significancia estadística entre el grupo resiliente (R) y el no resiliente (NR) a pesar de que fue una variable que se utilizó para clasificar e identificar a los adolescentes que tuvieron experiencias de vida estresantes (Tabla 24). Se observa que en el grupo R la mayoría de las áreas presentan puntuaciones T promedio y dentro de la norma, a diferencia del grupo NR en el cual las puntuaciones T son más elevadas, en particular en las áreas Familiar (Fam), Social (Soc), Personal (Per) y Problemas de Conducta (PCo), con diferencias de hasta 10 puntuaciones T, así como una puntuación total T promedio también más alta. Asimismo los adolescentes NR presentan un mayor número de sucesos estresantes.

Tabla 24
Diferencia de medias de sucesos estresantes en puntuaciones T por grupo y sexo: Resiliente y No Resiliente

Área Sucs	Grupo Resiliente N=115					Grupo No Resiliente N=115					Grupo Resiliente N=115		Grupo No Resiliente N=115		t
	Hombres N=64		Mujeres N=51		t	Hombres N=66		Mujeres N=49		X	D.E.	X	D.E.		
	X	D.E.	X	D.E.		X	D.E.	X	D.E.						
Fam	61.81	14.71	60.84	13.68	.364	75.17	25.26	69.69	15.81	1.42	61.38	14.21	72.84	21.83	4.71**
Soc	55.61	10.54	55.98	12.58	-.171	64.30	16.29	66.07	12.29	-.663	55.77	11.44	65.05	14.69	5.34**
LyF	61.69	14.78	59.10	12.00	1.03	64.52	13.69	62.38	9.91	.927	60.54	13.62	63.61	12.22	1.79
Sal	57.47	13.71	59.28	15.45	-.664	63.16	20.03	62.62	12.91	.164	58.27	14.47	62.93	17.29	2.21*
Per	59.00	10.02	58.70	11.31	.153	67.13	13.84	68.40	10.69	-.553	58.87	10.56	67.67	12.56	5.75**
PCo	59.32	14.74	57.59	19.04	.549	72.18	21.16	61.30	17.24	2.94*	58.56	16.73	67.54	20.24	3.67**
Esc	57.88	15.34	55.26	13.98	.956	62.90	15.28	55.82	13.96	2.54*	56.72	14.75	59.88	15.08	1.60
STP	57.26	7.24	58.30	7.88	-.739	66.10	14.94	65.82	10.02	.120	57.72	7.51	65.98	13.04	5.88**
NTS	19.16	7.18	19.75	6.36	-.465	27.11	12.10	26.29	7.87	.414	19.42	6.83	26.76	10.47	6.29**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Áreas Sucs= Áreas Sucesos: Fam=Familiar; Soc=Social; LyF=Logros y Fracazos; Sal=Salud; Per=Personal; PCo=Problemas de Conducta; Esc=Escolar; STP=Sucesos puntuaciones T Promedio; NTS=Número Total de Sucesos

Por otra parte, los análisis por sexo, no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el grupo R, pero sí en el grupo de chicos NR. Los hombres no resilientes presentan más sucesos estresantes en las áreas escolar y problemas de conducta.

Afrontamiento

La tabla 25 presenta las puntuaciones T de todas las estrategias por separado así como las puntuaciones T totales por tipo de afrontamiento (funcional y disfuncional) de los adolescentes resilientes (R) y no resilientes (NR). En ella los valores t indican diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones T entre el grupo R y el grupo NR en las estrategias de afrontamiento solución de problemas, rumiación, búsqueda de apoyo social, distracción, y conducta autolesiva.

Tabla 25
Diferencia de medias del afrontamiento en puntuaciones T por grupo y sexo: Resiliente y No Resiliente.

Fs o Es	Grupo Resiliente N=115					Grupo No Resiliente N=115					Grupo Resiliente N=115		Grupo No Resiliente N=115		t
	Hombres N=64		Mujeres N=51		t	Hombres N=66		Mujeres N=49		t	X	D.E.	X	D.E.	
	X	D.E.	X	D.E.		X	D.E.	X	D.E.						
SP	47.94	8.86	46.85	9.70	.628	44.27	10.28	39.34	9.35	2.64*	47.46	9.22	42.17	10.15	-4.13**
RF	48.60	7.98	50.75	8.91	-1.35	50.27	10.62	53.67	9.66	-1.76	49.55	8.43	51.72	10.32	1.74
R	50.95	8.62	51.42	8.46	-.290	55.53	10.67	58.99	11.89	-1.63	51.16	8.52	57.01	11.29	4.43**
E	52.93	8.67	52.18	9.57	.440	55.08	10.44	53.12	11.64	.948	52.60	9.05	54.24	10.96	1.24
BAS	48.93	8.39	47.98	9.32	.569	43.67	8.81	42.51	7.80	.731	48.51	8.79	43.18	8.38	-4.70**
D	50.24	9.21	47.67	9.86	1.44	46.96	12.40	46.68	11.57	.123	49.10	9.55	46.84	12.00	-1.58*
CA	49.35	6.75	52.91	10.51	-2.20*	55.31	13.93	61.59	13.75	-2.40*	50.93	8.77	57.99	14.14	4.54**
Re	48.75	9.32	46.92	8.88	1.07	47.26	10.00	48.62	8.07	-.781	47.94	9.13	47.84	9.21	-.085
AF	48.96	5.97	47.35	6.22	1.40	45.53	7.74	44.28	6.46	.918	48.25	6.11	45.00	7.22	-3.67**
AD	50.45	4.66	51.65	6.60	-1.13	54.04	7.65	56.84	7.43	-1.96*	50.98	5.60	55.23	7.65	4.79**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Fs= Factores o Estrategias: SP=Solución de problemas; RF=Respuestas Fisiológicas; R=Rumiación; E=Evitación; BAS=Búsqueda de Apoyo Social; D= Distracción; CA=Conducta Autolesiva; Re=Religiosidad. AF=Afrontamiento Funcional; AD=Afrontamiento Disfuncional.

El grupo R presenta mayores puntuaciones en las estrategias consideradas funcionales como solución de problemas, búsqueda de apoyo social, y distracción, en comparación al grupo NR, y menores puntajes en estrategias consideradas no funcionales como rumiación y conducta autolesiva, en las cuales el grupo NR obtuvo puntajes más altos. Sin embargo, se puede observar que ambos grupos presentan respuestas fisiológicas, evitación y religiosidad las dos primeras consideradas como no funcionales y la tercera como no funcional. El análisis global por tipo de afrontamiento indica diferencias significativas entre ambos grupos. El grupo R presenta puntuaciones más altas en el afrontamiento funcional en

comparación con el grupo NR y viceversa en el caso del afrontamiento disfuncional. Estos datos sugieren que los adolescentes R tienden a utilizar más estrategias funcionales de afrontamiento, a diferencia de los NR quienes usan más estrategias disfuncionales.

Los comparativos por sexo no arrojan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres excepto en dos estrategias; en la conducta autolesiva, ya que las mujeres presentan puntajes más altos en comparación con los hombres, tanto en el grupo R como en el NR; así como en la solución de problemas en el grupo NR, en el que los hombres presentan puntajes más altos que las mujeres, considerada una estrategia funcional.

Apoyo social percibido

En la tabla 26 se observan diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido entre el grupo resiliente (R) y el grupo no resiliente (NR). Los adolescentes resilientes reportan más apoyo social percibido específicamente de la familia y de otros, en comparación con los NR; la percepción de los amigos parece ser la misma en ambos grupos. No se encuentran diferencias por sexo excepto que en el grupo R, las mujeres muestran mayor percepción de apoyo por parte de los amigos, que los hombres.

Tabla 26
Diferencias de medias del apoyo social percibido por grupo y sexo: Resiliente y No Resiliente.

Factores	Grupo Resiliente N=115					Grupo No Resiliente N=115					Grupo Resiliente N=115			Grupo No Resiliente N=115		
	Hombres N=64		Mujeres N=51		t	Hombres N=66		Mujeres N=49		t	Media	D. E.	Media	D. E.	t	
Media	D. E.	Media	D. E.	Media		D. E.	Media	D. E.	Media							D. E.
Familiar	22.98	3.61	23.65	3.28	-1.02	21.40	4.40	21.00	4.39	.477	23.28	3.47	21.23	4.38	3.92**	
Amigos	18.77	3.47	20.04	2.85	-2.09*	17.99	3.77	19.17	3.20	-1.76	19.33	3.26	18.49	3.57	1.86	
Otros	22.24	3.06	22.34	3.13	-1.79	21.11	3.66	21.01	4.00	.139	22.29	3.0	21.07	3.80	2.67*	
ASP Sum	72.27	9.01	74.34	9.14	-1.21	67.64	10.96	68.75	10.28	-.547	73.19	9.09	68.11	10.64	-3.88**	

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Funcionamiento familiar

En cuanto al funcionamiento familiar los valores t de Student muestran diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes resilientes y los no resilientes en todas las dimensiones (Tabla 27). El grupo R muestra puntuaciones más altas en las dimensiones de Unión y Apoyo Familiar, Expresión, y menores en Dificultades, en oposición al grupo NR.

No se encuentran diferencias de sexo, excepto que las mujeres NR perciben menos unión y expresión que los hombres. Lo que indica que el grupo R reporta un mejor funcionamiento familiar con mayor unión, comunicación y menos dificultades en su familia.

Tabla 27**Diferencias de medias del funcionamiento familiar por grupo y sexo: Resiliente y No Resiliente.**

Funciona- Miento Familiar	Grupo Resiliente N=115					Grupo No Resiliente N=115					Grupo Resiliente N=115		Grupo No Resiliente N=115		t
	Hombres N=64		Mujeres N=51			Hombres N=66		Mujeres N=49			Media	D. E.	Media	D. E.	
	Media	D. E.	Media	D.E.	t	Media	D. E.	Media	D. E.						
Unión y Apoyo	16.32	2.99	15.60	3.26	1.24	15.30	3.45	13.86	3.85	2.10*	16.00	3.12	14.68	3.68	2.92**
Expresión	15.84	3.16	15.80	3.13	.065	15.25	3.24	13.58	4.46	2.31*	15.82	3.13	14.54	3.88	2.75**
Dificultades	12.03	3.64	12.53	2.94	-.774	14.18	3.16	13.68	4.06	.740	12.24	3.35	13.96	3.58	3.74**
FFamiliar Sum	46.35	6.72	45.09	7.91	.090	42.59	8.17	39.97	9.36	1.59	45.79	7.27	41.48	8.75	-4.06**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Adaptación

El análisis comparativo entre el grupo resiliente y el no resiliente con respecto a la adaptación medida a través de las *escalas clínicas, de contenido y suplementarias* del MMPI-A, se muestran en Puntuaciones T en las tablas 28, 29 y 30 respectivamente.

En la tabla 28 se observa que el grupo R presenta puntuaciones T más bajas que el grupo NR, en todas las *escalas clínicas* (1H Hipocondriasis; 2D Depresión; 3Hi Histeria; 4Dp Desviación psicopática; 6Pa Paranoia; 7Psy Psicastenia; 8Es Esquizofrenia; 9Ma Manía; 0I-E Introversión-Extroversión), con diferencias de más de 5 puntuaciones T (con *D.E.* más baja de 7 y más alta de 12), con significancia clínica, y estadística, a través de valores t.

Las puntuaciones más elevadas en el grupo NR se ubican en las escalas Desviación Psicopática (Dp), Paranoia (Pa), Psicastenia (Psy) y Esquizofrenia (Es). A pesar de que los promedios del grupo NR en la mayoría de las escalas no rebasan T65 a excepción de la escala de Esquizofrenia, sus puntuaciones T son limítrofes, indicando una tendencia grupal de los adolescentes a presentar problemas relacionados con estas escalas como presencia de problemas conductuales, hostilidad, presencia de ansiedad y desorganización, bajo ajuste o baja adaptación.

Tabla 28

Diferencias de medias en puntuaciones T de las Escalas Clínicas del MMPI-A por grupo y sexo: Resiliente y No Resiliente.

Escalas Clínicas	Grupo Resiliente N=115					Grupo No Resiliente N=115					Grupo Resiliente N=115		Grupo No Resiliente N=115		t
	Hombres N=64		Mujeres N=51		t	Hombres N=66		Mujeres N=49		t	Media	D. E.	Media	D. E.	
Media	D. E.	Media	D. E.	Media		D. E.	Media	D. E.	Media						D. E.
1H	53.13	9.44	55.63	8.55	-1.47	60.79	9.62	63.02	10.18	-1.20	54.23	9.10	61.74	9.88	5.98**
2D	50.27	9.66	50.76	8.94	-.284	56.55	11.03	58.98	12.28	-1.11	50.49	9.31	57.58	11.59	5.11**
3Hi	52.03	10.91	53.88	11.01	-.900	56.18	10.94	60.12	11.86	-1.84	52.85	10.94	57.86	11.46	3.38*
4Dp	50.91	8.44	53.67	7.28	-1.84	63.97	8.94	65.55	9.78	-.900	52.13	8.03	64.64	9.30	10.91**
6Pa	50.64	8.96	53.90	8.27	-2.00*	65.15	11.08	63.59	9.74	.785	52.09	8.78	64.49	10.52	9.70**
7Psy	51.89	7.20	50.29	6.61	1.22	62.05	9.64	64.20	9.51	-1.19	51.18	6.96	62.97	9.60	10.64**
8Es	52.67	7.64	53.55	7.08	-.631	64.97	8.02	67.00	8.82	-1.28	53.06	7.38	65.83	8.39	12.25**
9Ma	51.41	7.02	51.69	8.55	-.193	62.18	11.89	57.76	12.10	1.95*	51.53	7.70	60.30	12.13	6.53**
0I-E	51.92	9.11	50.76	7.90	.717	57.08	8.27	57.53	6.31	-.321	51.41	8.58	57.27	7.47	5.52**
Prom Total	46.48	4.70	47.41	4.29	-1.09	54.89	5.43	55.77	5.62	-.850	46.89	4.53	55.26	5.50	12.58**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Escalas Validez: F₁ Infrecuencia1, 1ª. parte; F₂ Infrecuencia2, 2ª. parte; F Infrecuencia; L Mentiras, K Defensividad.

Escalas Clínicas: 1 Hipocondriasis; 2 Depresión; 3 Histeria; 4 Desviación psicopática; 6 Paranoia; 7 Psicastenia; 8 Esquizofrenia; 9 Hipomanía; 0 Introversión Social

Se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo solo en dos escalas. En el grupo R las mujeres presentan puntuaciones más altas en la escala 6 Paranoia, lo que sugiere que hay una mayor tendencia de las mujeres que los hombres a desconfiar y estar más atentas o alertas con respecto a su entorno. En el grupo NR los hombres presentan mayor elevación en la escala 9 Manía, lo que parece indicar que tienden a ser más activos, emprendedores, a tomar riesgos, y a ser más impulsivos, en comparación con las mujeres.

Con respecto a las *escalas de contenido* (Tabla 29), los valores t muestran diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas de Contenido entre el grupo R y NR, así como también diferencias de más de 5 puntuaciones T, con significancia clínica; ya que los adolescentes del grupo R tiene menores puntajes en todas las escalas mostrando mayor adaptación que los adolescentes NR.

Esto sugiere que los adolescentes R tienen menores niveles o indicadores de ansiedad, depresión, conductas obsesivas, de preocupación por su salud o presencia de quejas somáticas; así como menor tendencia a la enajenación, o a presentar delirios o

conductas bizarras, asimismo tienden a presentar menores problemas de conducta y menor incomodidad social; también menos baja autoestima y menos aspiraciones limitadas y menor rechazo al tratamiento.

Tabla 29

Diferencias de medias en puntuaciones T de las Escalas de Contenido del MMPI-A por grupo y sexo: Resiliente y No Resiliente.

Escalas Contenido	Grupo Resiliente N=115					Grupo No Resiliente N=115					Grupo Resiliente N=115		Grupo No Resiliente N=115		t
	Hombres N=64		Mujeres N=51		t	Hombres N=66		Mujeres N=49		t	Media	D. E.	Media	D. E.	
Media	D. E.	Media	D. E.	Media		D. E.	Media	D. E.	Media						D. E.
ANS-A	50.58	7.07	49.57	7.30	.750	60.47	10.19	60.90	9.87	-.226	50.13	7.16	60.65	10.02	9.16**
OBS-A	50.44	8.60	48.02	6.74	1.64	58.65	10.99	60.02	11.09	-.658	49.37	7.89	59.23	11.00	7.81**
DEP-A	50.64	7.54	50.45	6.52	.142	60.91	8.54	63.20	9.41	-1.36	50.56	7.08	61.89	8.95	10.64**
SAU-A	52.86	9.76	56.61	9.34	-2.08	60.77	10.79	63.94	11.80	-1.49	54.52	9.72	62.12	11.29	5.46**
ENA-A	50.50	7.97	50.61	7.23	-.075	62.71	9.03	61.20	7.66	.943	50.55	7.62	62.07	8.47	10.83**
DEL-A	52.13	8.94	52.51	9.25	-.226	62.88	12.21	60.96	9.78	.905	52.30	9.04	62.06	11.24	7.25**
ENJ-A	49.80	8.81	49.47	8.09	.204	58.64	9.11	58.61	10.30	.013	49.65	8.46	58.63	9.59	7.51**
CIN-A	50.02	9.36	49.41	9.39	.343	54.83	9.81	56.14	11.29	-.663	49.75	9.34	55.39	10.44	4.31**
PCO-A	51.73	8.19	50.06	9.10	1.03	62.70	10.55	60.78	10.44	.970	50.99	8.61	61.88	10.50	8.59**
BAE-A	50.56	8.13	50.49	7.18	.050	60.55	9.43	61.31	8.68	-.442	50.53	7.69	60.87	9.09	9.31**
ASL-A	54.55	10.40	53.59	9.27	.515	60.83	11.09	63.98	7.97	-1.68	54.12	9.88	62.17	9.97	6.15**
ISO-A	51.91	10.07	50.82	9.80	.579	56.18	9.34	54.43	9.50	.988	51.43	9.92	55.43	9.41	3.14*
FAM-A	52.94	7.84	53.51	7.39	-.399	63.09	7.80	64.96	8.64	-1.21	53.19	7.62	63.89	8.18	10.25**
ESC-A	52.88	8.42	52.49	8.32	.245	68.08	10.86	64.65	9.70	1.74	52.70	8.34	66.62	10.48	11.13**
RTR-A	51.91	7.80	51.76	7.22	.100	62.71	10.50	62.47	10.02	.125	51.84	7.52	62.61	10.25	11.13**
Prom	51.53	4.87	51.25	4.40	.318	60.80	4.98	61.07	5.31	-.280	51.41	4.65	60.92	5.107	14.75**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Ansiedad (ANS-A), Obsesividad (OBS-A), Depresión (DEP-A), Preocupación por la salud (SAU-A), Enajenación (ENA-A), Pensamiento delirante (DEL-A), Enojo (ENJ-A), Cinismo (CIN-A), Problemas de conducta (PCO-A), Baja autoestima (BAE-A), Aspiraciones Limitadas (ASL-A), e Incomodidad social (ISO)

También se aprecia que aunque los perfiles en ambos grupos están dentro de la norma, los adolescentes NR presenta puntuaciones mucho más altas que se ubican fuera de la “norma” en particular en las escalas de Problemas de Conducta (PCO), Problemas Familiares (FAM-A), y Problemas Escolares (ESC-A) lo que indica mayor problemas en esos dominios o áreas y menor nivel de adaptación.

Los análisis comparativos con t de Student de las *escalas suplementarias*, también arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo R y el NR en todas las escalas (Tabla 30). El grupo de adolescentes NR presenta mayor elevación en las puntuaciones T que el R, en particular en la escala de Inmadurez (INM-A) y en Tendencia a presentar Abuso de Alcohol y Drogas (TPAD), lo que indica que los adolescentes resilientes tienden a tener menor tendencia a presentar conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol, o consumo de sustancias, son menos inmaduros, presentan menor ansiedad y también mayor capacidad para mostrar control y contener o reprimir sus impulsos con que se refleja en mejor capacidad de adaptación en comparación con los adolescentes no resilientes.

Tabla 30
Diferencias de medias en puntuaciones T de las Escalas Suplementarias del MMPI-A por grupo y sexo: Resiliente y No Resiliente.

Escalas Suple-mentarias	Grupo Resiliente N=115					Grupo No Resiliente N=115					Grupo Resiliente N=115		Grupo No Resiliente N=115		t
	Hombres N=64		Mujeres N=51		t	Hombres N=66		Mujeres N=49		t	Media	D.E.	Media	D.E.	
MAC-A	50.59	8.12	51.76	8.93		-.735	61.91	10.64	59.02		10.24	1.46	51.11	8.47	60.68
RPAD	53.69	10.21	56.02	12.13	-1.11	60.41	11.83	63.80	10.00	-1.61	54.72	11.11	61.85	11.17	4.85**
TPAD	52.03	8.88	50.35	8.04	1.04	62.85	9.93	62.37	9.91	.257	51.29	8.52	62.64	9.88	9.32**
INM-A	53.56	8.60	52.69	8.09	.557	65.79	7.78	66.43	8.64	-.416	53.17	8.36	66.06	8.13	11.84**
A-A	51.39	7.36	48.65	6.88	2.04	59.86	9.12	60.37	8.63	-.300	50.17	7.25	60.08	8.88	9.26**
R-A	49.25	9.77	50.04	11.33	-.401	46.33	11.26	46.76	12.46	-.190	49.60	10.45	46.51	11.73	-2.10*
PromT	51.75	4.84	51.58	4.90	-.183	59.52	4.42	59.78	4.37	-.318	51.67	4.85	59.63	4.38	13.05**

** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

Alcoholismo de MacAndrew (MAC-A), Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas (RPAD), Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas (TPAD), Inmadurez (INM) Ansiedad (A-A), y Represión (R-A)

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ni en el grupo R como tampoco en el grupo NR en las escalas de contenido y en las escalas suplementarias.

Efectos principales y de interacción del sexo, edad, y resiliencia en las variables personales y familiares

Para examinar el efecto principal y la interacción de las variables sexo (hombre y mujer), edad (13 a 15 años y 16 a 18 años) y la resiliencia (resiliente y no resiliente) en las variables dependientes globales percepción de pobreza, sucesos estresantes, afrontamiento, apoyo

social percibido, y funcionamiento familiar, se corrió un MANOVA (Tabachnick & Fidell, 1996) debido a que los análisis comparativos con t de Student no proporcionan dichos datos.

En la tabla 31 se presentan las medias marginales por grupo (resiliente y no resiliente), edad (13 a 15 años y de 16 a 18 años) y sexo (hombres y mujeres), con base en las cuales se estimaron los efectos principales y de interacción de primer y segundo orden.

Tabla 31.
Medias marginales de las variables globales personales y familiares por grupos.

Variables		N	Edad (años)	Hombres	Mujeres
Dependientes	Resiliencia			N=130	N=100
				Medias	Medias
Percepción Pobreza	Resiliente	74	13-15	19.32	20.48
		41	16-18	26.70	23.76
	No resiliente	80	13-15	20.93	22.96
		35	16-18	25.35	22.55
Sucesos Estresantes	Resiliente	74	13-15	56.94	58.39
		41	16-18	57.76	58.12
	No resiliente	80	13-15	66.36	65.86
		35	16-18	65.33	65.74
Afrontam Funcional	Resiliente	74	13-15	47.36	46.35
		41	16-18	51.63	49.48
	No resiliente	80	13-15	45.69	43.07
		35	16-18	45.10	46.37
Afrontam Disfuncional	Resiliente	74	13-15	51.89	51.92
		41	16-18	49.59	51.16
	No resiliente	80	13-15	54.01	55.79
		35	16-18	54.13	58.63
Apoyo Social Percibido	Resiliente	74	13-15	72.29	73.65
		41	16-18	72.23	75.73
	No resiliente	80	13-15	67.79	69.17
		35	16-18	67.23	68.02
Funcionam. Familiar	Resiliente	74	13-15	45.67	44.76
		41	16-18	47.49	45.75
	No resiliente	80	13-15	42.59	40.42
		35	16-18	42.60	39.21

Los análisis de los efectos principales y las interacciones sexo, edad y resiliencia con MANOVA (Tabla 32) muestran un efecto directo significativo del sexo solo en el afrontamiento disfuncional, observándose que las mujeres presentan medias superiores que los hombres. Los contrastes multivariados, muestran un efecto principal significativo para todas las variables ($F_{Wilks}=2.491$; $p<.024$) o para todo el modelo. No se encontraron efectos principales del sexo sobre el resto de las variables de estudio en la comparación inter sujetos.

La variable edad introduce un efecto principal significativo en la percepción de pobreza y en el afrontamiento funcional, pero no en las demás variables (Tabla 32). Los adolescentes de 16 a 18 años, independientemente de ser resilientes o no (ambos grupos R y NR) tienden a percibir mayor nivel de pobreza que los de menor edad ($F=.783$; $p<.000$). Los análisis univariados del afrontamiento funcional muestran que las diferencias significativas se ubican entre los adolescentes jóvenes de 13 a 15 años y los mayores de 16 a 18 años ($F=.935$; $p=.007$) quienes presentan medias más altas en las estrategias funcionales. Los adolescentes de 13 a 15 años presentan las medias más bajas que el resto de los grupos, en particular en las mujeres NR. Los valores de *F de Wilks* ($F=5.025$; $p=.000$) de los contrastes multivariados muestran un efecto directo significativo en conjunto.

Se observa que hay un efecto directo significativo de la resiliencia en todas las variables globales (Tabla 32) excepto en percepción de pobreza ($F=.239$; $p=.625$) en la cual no se observó ninguna diferencia significativa entre los grupos.

Tabla 32
Efectos principales e interacciones significativas del sexo, edad y resiliencia en las variables globales personales y familiares. Comparaciones inter sujetos.

Fuente	Variables	gl	MC	F	Sig.
Efectos principales					
SEXO	Afrontamiento Disfuncional ^d	1	191.448	4.320	.039*
EDAD	Percepción de Pobreza ^a	1	661.298	21.836	.000**
	Afrontamiento Funcional ^c	1	317.463	7.327	.007*
RESILIENCIA	Sucesos Estresantes ^b	1	3196.345	27.529	.000**
	Afrontamiento Funcional ^c	1	659.628	15.223	.000**
	Afrontamiento Disfuncional ^d	1	1006.736	22.719	.000**
	Apoyo Social Percibido ^e	1	1489.971	14.923	.000**
	Funcionamiento Familiar ^f	1	1115.101	17.072	.000**
Efectos de Interacción					
SEXO*EDAD	Percepción de Pobreza ^a	1	247.002	8.127	.004*
EDAD*RESILIENCIA	Percepción de Pobreza ^a	1	137.443	4.522	.036*

**** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$**

a R cuadrado = .154 (R cuadrado corregida = .127); b R cuadrado = .134 (R cuadrado corregida = .106);

c R cuadrado = .144 (R cuadrado corregida = .114); d R cuadrado = .131 (R cuadrado corregida = .103);

e R cuadrado = .073 (R cuadrado corregida = .044); f R cuadrado = .088 (R cuadrado corregida = .059)

Se encontró un efecto interaccional significativo entre el sexo y la edad, así como entre la edad y la resiliencia en la percepción de pobreza (Tabla 32). Se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres, en el grupo de 16 a 18 años ($F=5.047$; $p=.026$). Los hombres de mayor edad presentan medias superiores que las mujeres, lo que

indica que tienden a percibir más apuros económicos. Los contrastes multivariados debidos a la interacción sexo y edad muestran diferencias significativas para el grupo de 13 a 14 años en el modelo general ($F_{Wilks}=2.225$; $p=.042$).

Con respecto a la interacción edad y resiliencia, las comparaciones múltiples muestran valores F significativos que indican un efecto simple de la edad en todas las variables de estudio ($F_{Wilks}=5.411$; $p=.000$) en el grupo R, pero no en el grupo NR. Los análisis univariados permiten observar una interacción significativa edad-resiliencia en la percepción de pobreza ($F=24.012$; $p=.000$) en el grupo R con medias superiores en el grupo de 16 a 18 años y las más bajas en el grupo de 13 a 15 años. En el afrontamiento funcional también las diferencias ($F=8.125$; $p=.005$) se ubican en el grupo R, en el que los adolescentes mayores presentan medias más altas, en comparación con los de menor edad.

Aunque no se observan efectos por la interacción del sexo, edad y resiliencia en las variables globales personales y familiares, los análisis univariados indican diferencias significativas en los sucesos estresantes en el grupo de adolescentes de 13 a 15 años NR ($F=4.802$; $p=.041$) y en los adolescentes de 16 a 18 años tanto en el grupo R como en el NR ($F=1.245$; $p=.011$ y $F=1.471$; $p=.013$, respectivamente). Las medias reflejan mayor número de sucesos estresantes en los adolescentes varones de menor edad.

Variables personales y familiares asociadas y predictoras de la resiliencia

Se realizaron análisis bivariados y multivariados de las variable globales personales (percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar). Se determinó la relación entre dichas variables, así como identificar su valor predictivo sobre la resiliencia tanto de forma global como de forma separada y conjunta por factores. Para este análisis el afrontamiento se dividió en dos categorías, afrontamiento funcional (solución de problemas, búsqueda de apoyo social, distracción y religiosidad) y disfuncional (respuestas fisiológicas, rumiación, evitación y conducta autolesiva) conforme a las estadísticas descriptivas en este estudio y como lo sugiere evidencia previa (p.e. Barrón, et al., 2002; Connor-Smith, et al., 2004; Figueroa, et al, 2005; Lucio, et al., 2008; Seiffge-Krenke, 2002; Wadsworth, et al., 2005; Zanini, et al., 2005).

Correlaciones entre las variables personales y familiares

Con la finalidad de observar la relación entre las variables, percepción de pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento (funcional y disfuncional), apoyo social percibido y funcionamiento familiar, se llevó a cabo un análisis de correlación producto-momento de Pearson (r), cuyos resultados se presentan en la Tabla 33.

Tabla 33
Correlaciones entre las variables personales y familiares.

	Percepción Pobreza	Sucesos Estresantes	Afrontamiento Funcional	Afrontamiento Disfuncional	Apoyo Social Percibido
Percepción Pobreza	1				
Sucesos Estresantes	.073	1			
Afrontamiento Funcional	.020	-.109	1		
Afrontamiento Disfuncional	.109	.234**	.071	1	
Apoyo Social Percibido	-.014	-.213**	.258**	-.210**	1
Funcionamiento Familiar	.002	-.367**	.328**	-.243**	.406**

$p \leq 0.01$ (bilateral)

En términos generales el análisis de correlación arrojó relaciones significativas entre la mayoría de las variables, aunque moderadas y bajas. Se observa que las variables con mayor correlación entre sí fueron apoyo social percibido y el funcionamiento familiar, con valores positivos, lo que indica que a mayor funcionamiento familiar más apoyo social percibido o viceversa.

Los sucesos estresantes se correlacionan de manera positiva con el afrontamiento disfuncional y de manera negativa con el apoyo social percibido y con el funcionamiento familiar, lo que indica que a medida que aumentan los sucesos aumenta también afrontamiento disfuncional y que ante la presencia de sucesos estresantes o negativos menor percepción de apoyo social y menor funcionamiento familiar y viceversa.

Se aprecia que el funcionamiento familiar se relaciona con todas las variables menos con percepción de pobreza. Correlaciona de manera positiva con el apoyo social percibido y con el funcionamiento familiar; mientras que el afrontamiento disfuncional se correlaciona de forma negativa. Esto sugiere que a medida de que hay mayor apoyo social percibido y funcionamiento familiar, mayor afrontamiento funcional y por el contrario a menor apoyo social percibido y funcionamiento familiar hay afrontamiento disfuncional.

Valor predictivo de las variables personales y familiares en la resiliencia

Se llevaron cabo análisis multivariados de regresión logística binaria para evaluar el valor predictivo de las variables personales (percepción de pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido) y familiares (funcionamiento familiar) de forma global, así como de cada variable por separado, para evaluar la contribución de cada uno de sus factores o dimensiones, y determinar su influencia sobre la resiliencia, a excepción de la percepción de pobreza, la cual solo se analizó de manera global, por ser una variable que no cuenta con dimensiones o factores. También se analizó la contribución conjunta todas y cada una de las dimensiones o factores de las variables sobre la resiliencia.

Variables globales personales y familiares predictoras de la resiliencia

En primer lugar se realizó un análisis de regresión logística por pasos (método condicional) guiados por la evidencia previa, en el cual se consideraron como posibles variables predictoras de la resiliencia (variable criterio) las variables globales percepción de pobreza, los sucesos de vida estresantes, el afrontamiento, el apoyo social percibido y el funcionamiento familiar, de manera global, y su contribución para clasificar correctamente a adolescentes resilientes y no resilientes.

El procedimiento por pasos arrojó tres modelos, de los cuales las estimaciones del tercero sugieren la mejor solución, resultando significativo ($X^2=66.414$; $p=.000$), con ajuste adecuado ($X^2=3.321$; $p=.913$) que indica no diferencias entre los valores observados y los esperados. Asimismo con valores moderados de *R cuadrada* de Nagelkerke=.345 (35% de varianza explicada).

Tabla 34
Variables globales con valor predictivo sobre la resiliencia.

Variables	β	Wald	Sig.	Exp(β)	I.C. 95 %
Afrontamiento Funcional	.040	14.296	.000**	1.083	(1.034, 1.136)
Afrontamiento DisFuncional	-.054	11.457	.001**	.948	(.870, 960)
Sucesos Estresantes	-.023	20.316	.000**	.977	(.882, 953)
Constante	1.872	3.616	.057	6.504	

N=230; ** $p \leq .001$, * $p \leq .05$

I.C.= intervalo de confianza límite inferior, límite superior.

En el primer paso se consideraron en la ecuación los sucesos negativos o estresantes (R cuadrada =.221, $p < .001$); en el segundo el afrontamiento disfuncional con $Betas$ negativas (R cuadrada=.278, $p < .001$); y en el tercero se agregó el afrontamiento funcional. Quedaron excluidas, la percepción de pobreza, el apoyo social percibido, y el funcionamiento funcional por no arrojar coeficientes de regresión $Beta$ significativos.

La tabla 34 presenta las estimaciones de los parámetros de las variables incluidas en el tercer modelo, en la que se observan coeficientes parciales de regresión $Beta$ (β) significativos que indican como variables predictoras solo al afrontamiento funcional y disfuncional, y la presencia de sucesos de vida estresantes. En este modelo se observa que el afrontamiento funcional fue el que presentó la relación más fuerte, y tiene una influencia directa positiva con la resiliencia, mientras que el afrontamiento disfuncional y los sucesos de vida se relacionan de manera inversa, y tienen una influencia negativa con la resiliencia. Estos datos sugieren que el uso de estrategias funcionales de afrontamiento aumenta la probabilidad de ser resiliente, y por el contrario, disminuye cuando el afrontamiento es disfuncional y hay exposición a sucesos estresantes.

Quedaron excluidas del modelo, la percepción de pobreza ($p=.956$), el apoyo social percibido ($p=.138$), y el funcionamiento familiar ($p=.954$), las cuales arrojaron valores β no significativos además de R cuadradas muy bajas tanto en el primer paso (.165), como en el segundo paso (.223). Las tres variables consideradas en este modelo contribuyen a clasificar correctamente al 72% de los casos (Tabla 35).

Tabla 35
Clasificación de casos resilientes-no resilientes a partir del afrontamiento y los sucesos de vida estresantes.

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Resiliencia		
		Grupo Resiliente	Grupo No Resiliente	
Resiliencia	Resiliente	82%	33%	71.3%
	No Resiliente	31%	84%	73.0%
Porcentaje global				72.2%

Variables personales y familiares predictoras de la resiliencia por factores

También se realizaron cuatro análisis de regresión logística por pasos (método condicional) considerando como variables independientes las dimensiones o factores de las distintas variables personales, sucesos estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido y funcionamiento familiar, para evaluar de manera específica el efecto de cada dimensión o factor de cada variable por separado sobre la resiliencia de manera independiente.

Regresión logística: Sucesos estresantes

En primer lugar se probó la influencia de los sucesos estresantes por dimensión o área sobre la resiliencia. Se consideraron como variables independientes los sucesos de las áreas familiar, social, salud, personal, problemas de conducta, escolar, y logros y fracasos. El primer paso entraron los sucesos estresantes de la dimensión personal ($R=.175$; $p=.001$), en el segundo se integraron a la ecuación los de la social ($R=.245$; $p=.001$). Los análisis del paso tres agregaron los sucesos estresantes de la dimensión familiar, arrojando un tercer modelo que mostró un mejor ajuste con una *R cuadrada* mayor ($R=.286$), con un valor de $X^2=6.024$, no significativa ($p=.644$), pero con *Betas negativas* significativas, como se aprecia en la tabla 36.

Según los resultados del modelo tres, solo pueden ser considerados como predictores los sucesos estresantes familiares, los sucesos estresantes sociales y los personales, aunque en sentido negativo, lo que indica una relación inversa entre los sucesos de estas áreas y la resiliencia. Esto es, a medida en que incrementan los sucesos negativos en estas dimensiones disminuye la probabilidad de resiliencia. Quedan excluidas de la ecuación, los sucesos estresantes de las dimensiones logros y fracasos, escolar, y salud.

Tabla 36
Sucesos estresantes con valor predictivo sobre la resiliencia.

Variables	β	Wald	Sig.	Exp(β)	I.C. 95 %
Dimensión familiar	-.022	4.632	.031*	.980	(.959, .998)
Dimensión social	-.039	9.621	.002*	.962	(.938, 986)
Dimensión personal	-.050	11.379	.001**	.952	(.925, 980)
Constante	6.926	37.187	.000**	1018.490	

N=230; ** $p \leq .001$, * $p \leq .05$

I.C.= intervalo de confianza límite inferior, límite superior.

En la tabla 37 se aprecia que el 69.1% de los casos pueden ser identificados los adolescentes resilientes y no resilientes tomando como base la presencia de sucesos estresantes familiares, sociales y personales.

Tabla 37
Clasificación de casos resilientes y no resilientes a partir de los sucesos estresantes familiares, sociales y personales.

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Resiliencia		
		Grupo Resiliente	Grupo No Resiliente	
Resiliencia	Resiliente	81%	34%	70.4%
	No Resiliente	37%	78%	67.8%
Porcentaje global				69.1%

Regresión logística: Afrontamiento

En un segundo análisis se examinó el efecto cada una de los factores o estrategias de afrontamiento sobre la resiliencia (Tabla 38). Se introdujeron como variables independientes las ocho estrategias de afrontamiento: 1. solución de problemas, 2. respuestas fisiológicas, 3. rumiación, 4. evitación, 5. búsqueda de apoyo social, 6. distracción, 7. conducta autolesiva, y 8. religiosidad. En un primer paso entró a la ecuación la búsqueda de apoyo social con una R cuadrada=1.23, $p<.001$. En el segundo paso se incluyó en la ecuación conducta autolesiva con un incremento significativo de R cuadrada=.226, $p<.001$. En el tercer paso se integró rumiación arrojando una R cuadrada=.265 también significativa ($p<.001$).

Tabla 38
Estrategias de afrontamiento con valor predictivo sobre la resiliencia.

Variables	β	Wald	Sig.	Exp(β)	I.C. 95 %
Solución de problemas	.043	6.065	.014*	1.044	(1.009, 1.080)
Rumiación	-.056	10.517	.001*	.946	(.915, .978)
Búsqueda de apoyo social	.061	10.337	.001*	1.063	(1.024, 1.104)
Conducta autolesiva	-.035	5.582	.018*	.966	(.938, .994)
Constante	.128	.011	.918	1016.490	

N=230; ** $p\leq.001$, * $p\leq.05$

I.C.= intervalo de confianza límite inferior, límite superior.

En el cuarto paso se adicionó a la ecuación la solución de problemas, dando como resultado un incremento en la R cuadrada (.295; $p<.001$), con una $X^2=5.069$ ($p=.750$) no significativa, que indica un adecuado ajuste del modelo. Lo cual sugiere que el uso de

estrategias de afrontamiento como búsqueda de apoyo social y solución de problemas, contribuyen a la resiliencia, al contrario del uso de la rumiación y la conducta autolesiva. Las respuestas fisiológicas, la evitación, la distracción y la religión quedaron excluidas de la ecuación ya que no resultaron significativas.

Tabla 39
Clasificación de casos resilientes y no resilientes a partir de las estrategias de afrontamiento.

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Resiliencia		
		Grupo Resiliente	Grupo No Resiliente	
Resiliencia	Resiliente	82%	32%	68.7%
	No Resiliente	34%	79%	71.3%
Porcentaje global				70.3%

En la tabla 39 se observa que dichas esas estrategias de afrontamiento son las que mejor contribuyen a la resiliencia, logrando clasificar correctamente al 70.31% de los casos en función de la resiliencia y diferenciar al grupo R del NR.

Regresión logística: Apoyo social percibido

En un tercer análisis de regresión se sometió a prueba la capacidad de predicción de las dimensiones o factores del apoyo social percibido o percepción del apoyo social. Se introdujeron a la ecuación como variables independientes la percepción del apoyo social de la familia, de los amigos, y de otros. Los análisis de regresión dieron como resultado un solo modelo con un pobre ajuste en el cual solo se consideró como variable predictora, la percepción del apoyo social familiar o de la familia, quedando excluidas del análisis la percepción de apoyo de los amigos y de otros. Los estadísticos del modelo muestran valores bajos; coeficiente R cuadrado de Nagelkerke de .085 y una X^2 de 10.279 ($p=.246$). La tabla 40, muestra los valores *Beta*, significancia, valor de Wald, así como valores dentro del intervalo de confianza (95%).

Tabla 40
Percepción del apoyo social familiar con valor predictivo sobre la resiliencia.

Variables	β	Wald	Sig.	Exp(β)	I.C. 95 %
Percepción del apoyo social familiar	.133	13.685	.000*	1.142	(1.064, 1.225)
Constante	-2.957	13.205	.000	.052	

N=230; ** $p \leq .001$, * $p \leq .05$

I.C.= intervalo de confianza límite inferior, límite superior.

Estos datos indican la escasa contribución de la percepción del apoyo social en general sobre la resiliencia. La percepción del apoyo social a nivel familiar es la única que presenta capacidad predictiva sobre la resiliencia, aunque su contribución es baja.

Tabla 41
Clasificación de casos resilientes y no resilientes a partir de la percepción de apoyo social familiar.

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Resiliencia		
		Grupo Resiliente	Grupo No Resiliente	
Resiliencia	Resiliente	67%	48%	58.3%
	No Resiliente	40%	75%	65.2%
Porcentaje global				61.7%

En la tabla 41 también se observa que a través de la variable percepción del apoyo social de la familia se logra clasificar correctamente solo un 61.7% de los casos. Esto sugiere que sólo a partir de la percepción del apoyo social familiar se puede identificar a adolescentes resilientes y no resilientes.

Regresión logística: Funcionamiento familiar

En cuarto lugar se analizó la contribución de las dimensiones o factores del funcionamiento familiar, unión y apoyo, expresión familiar, y dificultades familiares, como predictores sobre la resiliencia por lo que se introdujeron como variables independientes para probar su valor predictivo. Los análisis de regresión por pasos, arrojaron dos modelos. En el primero entró solo la variable “dificultades familiares” y en el segundo se introdujo la variable “unión y apoyo”. Ambos modelos arrojaron valores muy bajos de R cuadrado de .077 y .100 respectivamente. Aunque los valores de X^2 (10.775 y 5.099) resultaron no significativos (.215 y .747 respectivamente), el ajuste del modelo podría considerarse como bajo o pobre. Sin

embargo, las *Betas* resultaron ligeramente más altas y significativas en el Modelo 2 (Tabla 42).

Tabla 42
Variables del funcionamiento familiar con valor predictivo sobre la resiliencia.

Variables	β	Wald	Sig.	Exp(β)	I.C. 95 %
Unión y apoyo	.086	4.141	.042*	1.090	(1.003, 1.184)
Dificultades	-.122	9.018	.003*	1.130	(1.043, 1.224)
Constante	-2.927	14.454	.000**	.054	

N=230; ** $p \leq .001$, * $p \leq .05$

I.C.= intervalo de confianza límite inferior, límite superior.

Estos resultados sugieren que las variables familiares, dificultades, y unión y apoyo, aunque tienen un valor predictivo de la resiliencia éste es bajo, por lo que son excluidas del modelo general, cuando se introducen todas las variables de manera global en la ecuación.

Tabla 43
Clasificación de casos resilientes y no resilientes a partir del funcionamiento familiar.

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Resiliencia			
	Grupo Resiliente	Grupo No Resiliente		
Resiliencia	Resiliente	75%	40%	65.2%
	No Resiliente	41%	74%	64.3%
Porcentaje global				64.8%

El porcentaje de clasificación correcto de adolescentes del grupo R y del grupo NR a partir de dichas variables fue del 64.8% como se aprecia en la tabla 43. Ello indica que el funcionamiento familiar, en términos de mayor unión y apoyo familiar, y menos dificultades familiares, pueden contribuir a la resiliencia y tienen capacidad conjuntamente para identificar correctamente a los adolescentes en función de la resiliencia.

Influencia conjunta de las dimensiones de las variables personales y familiares en la resiliencia

Por último se efectuaron análisis de regresión logística en un solo paso (método introducir) para indagar cómo contribuyen de manera conjunta todos los factores o dimensiones de las variables globales, objeto de este estudio, y verificar si podría lograrse un mejor ajuste, que proporcionara mayor explicación de la varianza, a partir de su interacción conjunta.

La tabla 44 presenta las estimaciones de los parámetros de todos los factores incluidos como probables variables predictoras, de los cuales solo cuatro factores de las variables globales, sucesos estresantes y afrontamiento, muestran coeficientes parciales de regresión *Beta* (β) significativos. Estos datos indican que los sucesos estresantes sociales (de manera negativa o inversa); la solución de problemas, la búsqueda de apoyo, y la conducta autolesiva, las dos primeras estrategias funcionales de afrontamiento y la última disfuncional son predictores de la resiliencia en este estudio.

Tabla 44
Variables específicas o factores con valor predictivo sobre la resiliencia.

Variabes/Factores	β	Wald	Sig.	Exp(β)	95 I.C. %
Percepción Pobreza	.002	.003	.959	1.002	(.944, 1.063)
Sucesos Estresantes					
Familiar	-.021	2.924	.087	.979	(.955, 1.003)
Social	-.053	11.275	.001	.948	(.919, .978)
Logros y Fracasos	.006	.138	.710	1.006	(.977, 1.035)
Salud	.024	3.047	.081	1.024	(.997, 1.052)
Personal	-.028	2.272	.132	.972	(.938, 1.008)
Problemas de Conducta	-.006	.303	.582	.994	(.971, 1.017)
Escolar	-.004	.080	.778	.996	(.971, 1.023)
Estrategias Afrontamiento					
Solución Prob.	.058	5.345	.021	1.060	(1.009, 1.113)
Resps. Fisiológ.	-.009	.200	.655	.991	(.953, 1.031)
Rumiación	-.039	3.237	.072	.962	(.922, 1.003)
Evitación	.015	.566	.452	1.015	(.976, 1.055)
Búsqueda Apoyo Social	.064	6.670	.010	1.066	(1.016, 1.119)
Distracción	-.024	1.311	.252	.976	(.936, 1.017)
Conducta Autolesiva	-.048	6.703	.010	.953	(.919, .988)
Religiosidad	-.015	.521	.470	.985	(.947, 1.026)
Apoyo Social Percibido					
ASFamilia	.048	.551	.458	1.049	(.925, 1.190)
ASAmigos	.094	1.682	.195	1.098	(.953, 1.265)
ASOtros	.004	.003	.953	1.004	(.867, 1.164)
Func. Familiar					
Unión y Apoyo	.025	.099	.753	1.025	(.878, 1.197)
Expresión	-.124	2.321	.128	.884	(.754, 1.036)
Dificultades	.084	2.619	.106	.919	(.830, 1.018)
Constante	5.345	3.515	.061	209.620	

N=230; ** $p \leq .001$, * $p \leq .05$

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PercPob; Famn, Socn, Ly Fn, Saln, Pern, PCon Escn, SolProb, RespFis, Rumiación, Evitación, Búsqueda Apoyo Social, Distrac, CondAutoles, Religios, ASFamilia, ASAmigos, ASOtros, Unión y Apoyo, Expresión, Dificultades.

A diferencia del análisis previo por factores de cada variable global de manera independiente, en esta regresión no resultan con valor predictivo los sucesos familiares y personales; ni la rumiación (afrontamiento disfuncional); como tampoco el apoyo social percibido familiar (afrontamiento funcional) así como la unión y apoyo, y las dificultades en la familia (funcionamiento familiar) dado que los coeficientes *Beta* no alcanzan valores significativos. Sin embargo, este modelo “general” por factores presenta una *R cuadrada* mayor (.477; $p=.001$) que los anteriores (por variables globales, o, por factores) que explica un mayor porcentaje de la varianza (48%), con una $X^2=5.585$, no significativa (.694) que indica también un ajuste adecuado del modelo el cual resulta significativo ($X^2=101.421$; $p=.001$).

Con este modelo se logra clasificar correctamente al 76.9% de adolescentes resilientes y no resilientes (Tabla 45) en comparación con el primer modelo que clasifica un menor porcentaje de casos (72.2%) incluyendo solo las variables globales de este estudio (Ver tabla 39).

Tabla 45
Clasificación de casos resilientes y no resilientes a partir de los factores o dimensiones de las variables globales personales y familiares.

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Resiliencia		
		Grupo Resiliente	Grupo No Resiliente	
Resiliencia	Resiliente	87%	27%	76.3%
	No Resiliente	26%	89%	77.4%
Porcentaje global				76.9%

En resumen, los datos indican que una de las diferencias sustanciales entre el grupo resiliente y el no resiliente es la mayor cantidad de sucesos que los adolescentes no resilientes experimentan, el uso de estrategias disfuncionales para afrontarlos, como la rumiación y la conducta autolesiva, así como la presencia de dificultades familiares.

El análisis de los efectos principales y de interacción por sexo y edad y resiliencia sobre las variables globales de estudio realizado con MANOVA, al realizar comparaciones múltiples, permite detectar efectos directos del sexo, y edad, sólo en algunas variables como la percepción de pobreza y el afrontamiento funcional; pero de la resiliencia en todas las variables, excepto en la percepción de pobreza. Tampoco se encontraron interacciones significativas de la edad, sexo y/o resiliencia en la mayoría de las variables. Solo se

identificaron dos interacciones significativas, entre el sexo y la edad, así como entre la edad y la resiliencia, nuevamente con la percepción de pobreza y con el afrontamiento funcional. No se detectaron interacciones de segundo orden entre el sexo, edad y resiliencia, pero se encontró que, por ejemplo, los hombres mayores no resilientes están percibiendo mayores niveles de pobreza, y que las mujeres, presentan una mayor tendencia a utilizar afrontamiento disfuncional.

Las variables globales, predictoras de la resiliencia es el afrontamiento funcional, en particular, la solución de problemas y la búsqueda de apoyo social, mientras que el afrontamiento disfuncional como la conducta autolesiva, junto con los sucesos sociales estresantes, disminuyen la probabilidad de resiliencia. Análisis independientes por factores muestran que específicamente la rumiación (afrontamiento disfuncional), así como sucesos estresantes familiares y personales, predicen de manera negativa la resiliencia, es decir reducen la capacidad de resiliencia. Además, el apoyo social familiar percibido, así como la unión familiar son factores que en conjunto contribuyen a la resiliencia en un sentido positivo, y las dificultades en sentido negativo, a mayor unión y apoyo, mayor resiliencia, y a mayor dificultades menor resiliencia. El apoyo social percibido en general es el predictor más débil.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito analizar el valor predictivo de las variables personales, percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido y el funcionamiento familiar, en la resiliencia de adolescentes en condiciones de pobreza. Estas son algunas variables que recurrentemente menciona la literatura en el campo de la resiliencia por su vinculación con las trayectorias y desenlaces adolescentes ante situaciones de estrés y adversidad como la pobreza, sin embargo, son escasos los reportes en México que refieren su exploración conjunta y al mismo tiempo con muestras escolares y clínicas como las que participaron en este estudio.

De los diferentes enfoques teóricos de la resiliencia, el de psicopatología del desarrollo o perspectiva transaccional fue el marco conceptual que orientó la investigación, por ser una perspectiva integral emergente del desarrollo adolescente y por las propuestas metodológicas que ofrece para su estudio.

Para cumplir con el objetivo general se llevó a cabo un estudio de campo transversal de tipo correlacional, con la implicación de análisis estadísticos descriptivos, prueba de hipótesis, bivariados y multivariados, en función de los objetivos específicos, lo cual involucró el trabajo con dos muestras, una escolar y una clínica, y con dos grupos de adolescentes en riesgo, resiliente y no resiliente (Kerlinger, et al., 2002).

¿Qué tan diferentes son la muestra escolar y la muestra clínica?

El primer análisis contrastó a la muestra escolar con la muestra clínica, introduciéndose mayor variabilidad al fenómeno resiliencia, básicamente para determinar los puntos de corte y criterios para evaluar e identificar condiciones de riesgo y adaptación en los adolescentes y así poder determinar la presencia de resiliencia. Se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las variables de estudio entre ambas muestras como se reporta en otros estudios con poblaciones clínicas y normativas (Kohon, et al., 1994; Lucio, et al., 2001; Seiffge-Krenke, 1993; Zanini, et al., 2004).

Con respecto al perfil sociodemográfico se encontró que los adolescentes de la muestra clínica son más jóvenes que los de la muestra escolar, lo que sugiere que son más vulnerables y que las problemáticas parecen agudizarse o ser más apremiantes en los chicos de menor edad, como se indica previamente (Arnett, 1999; Carbonell, et al., 1998; Coleman, et al., 2007; Compas, et al., 1988; Seiffge-Krenke, 1998). Esto también puede deberse a que no obstante que los adolescentes mayores también tienen problemas, acuden menos a los servicios de salud mental, a diferencia de los adolescentes más jóvenes quienes generalmente son llevados por los padres o remitidos por los maestros y orientadores de las escuelas (Benjet, et al., 2007, 2008; Borges, et al., 2009).

Por otro lado, se observa que la mayor parte de los escolares viven en familias nucleares, mientras que los clínicos viven en diversos tipos de familias como la monoparental y la reconstituida, lo que corresponde con información a nivel nacional (CONAPO, 2010). Estos datos concuerdan con otros (Aguilera, et al., 2004; Hsieh, et al., 2008; Smith, 1999; Wolkiend, et al., 1985) que indican que la estructura familiar se relaciona con el bienestar de los adolescentes y que la ausencia de alguno de los padres puede tener un efecto negativo. El surgimiento de “nuevas configuraciones familiares” sugieren una transición familiar que responde a situaciones contextuales asociadas a variables macroestructurales, como crisis económica, migración, desempleo, relacionadas con problemas económicos reflejados en el mayor número de indicadores y de percepción de pobreza de los adolescentes clínicos (Anzaldo, 2010; Brewer, 2003; Falicov, 2002; Sobrino, 2010). Esto también parece vincularse con el mayor nivel de sucesos en general, en particular en la familia, y el menor nivel de funcionamiento familiar que reportan los adolescentes clínicos en comparación con la muestra escolar, lo cual resulta similar a datos previos (Bokszczanin, et al., 2006; Conger, et al., 1999; Forns, et al., 2004; Plunkett, et al., 1999, 2000) que asocian al estrés y presencia de problemas emocionales con adversidad económica y presiones familiares. Sin embargo, es importante señalar que ambas muestras presentan limitaciones económicas y pertenecen a zonas consideradas marginadas (CONAPO, 2005, 2011a).

Respecto a las características de los padres, se observa que ambos padres de la muestra clínica tienen menor grado de escolaridad y menor nivel ocupacional que los padres de la muestra escolar, factores considerados como un riesgo y asociados a NSEB, por su relación indirecta con la presencia de problemas emocionales en los adolescentes, por su efecto negativo, por ejemplo, en los estilos de crianza (Brooks-Gunn, 1997; Garnezy, 1993b; Márquez, 2008; Sameroff, 1998; Sameroff et al., 2006).

La muestra clínica presenta mayor adversidad socioeconómica, sin embargo, la percepción de pobreza en ambas muestras puede considerarse moderada, aunque con diferencias, ya que la muestra escolar reporta mayor percepción de apuros económicos para cubrir necesidades básicas, como comida o transporte, mientras que en la muestra clínica los satisfactores secundarios como regalos y diversión, parecen más importantes, lo cual puede interpretarse en función de la edad. Esto parece confirmar algunos postulados teóricos sobre la adolescencia que proponen que a medida de que el individuo crece, se van desarrollando otros procesos como la empatía, la capacidad de crítica, la tolerancia a la frustración y/o de estructura de demora, que reflejan mayor nivel de maduración que permite que los adolescentes sean más receptivos, sensibles y realistas con respecto a sí mismos y a su entorno (Coleman, et al., 2007; Grotevant, 1998), lo cual es consistente con los resultados arrojados por el MMPI-A, en el que los adolescentes clínicos mostraron mayores indicadores de desajuste emocional y de inmadurez en comparación con los escolares quienes presentaron puntuaciones dentro de la norma.

Estos datos apoyan que la percepción del entorno juega un papel importante en los procesos transaccionales entre individuo y medio ambiente como se plantea (Ciairano, et al., 2009; Kirchner, et al., 2000; Lazarus et al., 1991; Masten, et al., 1991), y que la percepción “moderada” de pobreza parece reflejar el concepto de pobreza que refiere a la falta de lo necesario de acuerdo a un parámetro social (Boltvinik, et al., 1999; Max-Neef, et al., 1986). En este sentido, parece que el hecho de que vivan en una misma zona, bajo condiciones similares, no les permite apreciar la diferencia entre “tener o no tener”. Por otro lado, esta situación podría estar reflejando otros procesos psicosociales más complejos, que no son objeto de este estudio, pero que se relacionan con ambientes de adversidad, como la percepción del entorno social, del vecindario, de los pares, como muestra la literatura sobre riesgo psicosocial (Guthrie, et al., 2002; Meyers, et al., 2004).

En lo que se refiere al estrés, la muestra clínica reporta mayor número de sucesos estresantes, aunque también el número de sucesos de la muestra escolar es mayor que la muestra normativa por lo que podría ser considerado como un grupo vulnerable (Lucio, Barcelata et al., 2003; Lucio, et al., 2005) lo que tendría implicaciones para la intervención. Estos datos indican, que ambas muestras están experimentando más sucesos estresantes al parecer asociados al NSEB como lo mencionan estudios previos, aunque aún dentro del rango de normalidad en el caso de los escolares (Kirchner et al., 2000; Lantz, et al., 2005; Lucio, et al., 2001; Seidman, et al., 2003). Aunque ambas muestras viven en un mismo

entorno y están expuestas a situaciones de riesgo similares, con mayor probabilidad de exposición a sucesos negativos asociados al NSEB, la muestra clínica presenta condiciones socioeconómicas menos favorables y parece percibir más sucesos estresantes en comparación con la muestra escolar, lo cual se traduce en las problemáticas que presentan, relacionadas principalmente con la familia y la escuela, como se reporta de manera previa (Ezpeleta, et al., 2000; Owens, et al., 2003).

Opuesto a lo esperado, no se encontraron muchas diferencias entre la muestra escolar y la clínica en cuanto al afrontamiento, como muestra la evidencia (p.e. Barrón, et al., 2002; Compas, et al., 2004; Plankerel, et al., 1998). En este estudio los datos al respecto pueden considerarse controversiales, ya que ambas muestras utilizan la evitación, las respuestas fisiológicas y conductas autolesivas, consideradas disfuncionales aunque no con los mismos niveles (Connor-Smith, et al., 2000, 2004; Seiffge-Krenke, 2000). Sin embargo, se confirman algunos supuestos que reflejan la compleja relación entre estrés y afrontamiento, en contextos de NSEB como un factor de riesgo multifactorial (Luthar, 2006; Rutter, 1987, 2007), por lo que estos hallazgos pueden obedecer a distintas razones.

En primer lugar, no siempre se encuentran diferencias claras entre las muestras clínicas y las normativas, dadas las problemáticas actuales de los adolescentes y la posibilidad de diversas trayectorias en función de otras variables como el nivel de estrés, así como el tipo y número de sucesos estresantes (Seiffge-Krenke, 1993; Seiffge-Krenke, et al., 2002). La similitud entre ambas muestras en algunos aspectos podría estar reflejando algunas limitaciones o dificultades metodológicas para conformar la muestra clínica, porque también, al ser intencional, aunque se pueden controlar algunas variables, se corre el riesgo de sesgos importantes (Cochran, 1980). En este estudio la muestra "clínica" se integró por adolescentes que asistían a servicios de consulta externa de salud mental, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual pasaron por una etapa de pre-registro y de pre-diagnóstico psiquiátrico. En tercer lugar, el vivir en condiciones de pobreza aumenta la probabilidad de que todos los adolescentes (clínicos y no clínicos) estén expuestos a más sucesos estresantes, que parecen superar sus recursos de afrontamiento (Felner, et al., 1995; Guthrie, et al., 2002; Mickelson, et al., 2003; Patterson, 2002). En cuarto lugar, la evidencia señala de manera reiterada que los ambientes de presión económica representan fuentes de estrés para los padres, lo cual a su vez impacta de manera negativa el funcionamiento familiar y la calidad y cantidad del apoyo social (Brooks-Gun, et al., 1997; Conger, et al., 1999; Márquez, 2008) lo que puede aumentar la

vulnerabilidad de los chicos y chicas. Además, los propios padres en ambas muestras pueden presentar estrategias de afrontamiento disfuncionales, que impactan de manera negativa en sus hijos (Carbonell, et al., 2005; Compas, et al., 1989).

La forma de relación padres-hijos parece influir en el apoyo social percibido; cuando no son de apoyo, la percepción del apoyo social baja, factor que la literatura reporta asociado con el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas, como la evitación y la búsqueda de apoyo social fuera de la familia que pueden implicar riesgo en contextos psicosociales económicamente deprimidos (Figueroa, et al., 2006; Jessor, et al., 1998; Wyman, 2003).

Todos los datos comparativos entre la muestra escolar y la clínica, sugieren la vinculación entre el funcionamiento familiar, el apoyo social percibido y el afrontamiento (Barra, et al., 2006; Pinkerton, et al., 2007). En la muestra clínica, tanto la búsqueda de apoyo social, como el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido son más bajos en comparación con la muestra escolar. La dinámica familiar es menos funcional, genera menor apoyo social percibido de los chicos hacia la familia, lo cual a su vez parece asociarse a menor búsqueda de apoyo social en general y en particular dentro de sus familias, condiciones que en conjunto ponen en riesgo a los adolescentes, como lo señala la literatura (Scholte, et al., 2001; Wagner, 1998).

Por otra parte los resultados a través del MMPI-A (Lucio, 1998) indican algunas diferencias entre la muestra clínica y la muestra escolar, lo que confirma su capacidad para discriminar muestras subclínicas y/o clínicas, de normativas y/o escolares (Archer, et al., 2001; Fontaine, et al., 2001). Al mismo tiempo permite diferenciar el tipo de problemas y la magnitud de los mismos, ya que mientras en la muestra escolar todos los indicadores se encuentran dentro de la norma estadística, en la muestra clínica tienden a salirse del rango de normalidad. También se puede identificar una clara tendencia de los adolescentes que asisten a los servicios de salud mental, a mostrar un perfil asociado con características y conductas implicadas en los trastornos de personalidad antisocial o desafiante oposicionista, así como problemas de conducta, en la escuela y en la familia. Estos trastornos según muestra la literatura (Morton, et al., 2002; Reuchkin, et al., 2002; Stein, et al., 2002) están asociados a otras dificultades como bajo control de impulsos, consumo de alcohol y otras sustancias, así como conductas antisociales, lo que parece confirmar la tendencia mostrada por estudios sobre delincuencia y conducta antisocial con adolescentes mexicanos (Juárez, et al., 2005; Márquez, 2009). Esto refleja la baja capacidad de los adolescentes que acuden

o son enviados a los servicios de salud mental, para reprimir y controlar sus impulsos, ambos asociados con inmadurez, a diferencia de la muestra escolar (Cashel, et al., 2009; Fontaine, et al., 2001; Gómez, et al., 2000; Lucio, 1998; Meave, 2008).

Los problemas en la familia y en la escuela parecen relacionados con los sucesos estresantes detectados en las mismas dimensiones y el bajo funcionamiento familiar que percibe la muestra clínica. Asimismo las aspiraciones son más limitadas, en esta muestra que en la escolar, en cuanto a sus planes y proyectos a futuro, lo cual es consistente con lo que reportan en la ficha sociodemográfica.

Cabe señalar que el hecho de que las puntuaciones promedio en el MMPI-A no rebasen en general la norma en ambas muestras, y al mismo tiempo se haya encontrado que un gran número de adolescentes presentaron más de tres escalas fuera del rango de normalidad, indicando presencia de algún tipo de problema emocional, podría explicarse por los fenómenos de “regresión estadística”, ya que las puntuaciones altas de algunos adolescentes se “normalizan” con las puntuaciones bajas del resto de los adolescentes escolares, tendiendo a la media (Downie & Heath, 1982).

¿En que difieren los adolescentes resilientes y no resilientes?

Con respecto a la resiliencia y a las características de los adolescentes resilientes y no resilientes se observan, por un lado, datos similares al comparar las muestras escolar y clínica, y por otro, características distintivas que concuerdan con la literatura, que en general señala que entre las diferencias sustanciales en ambos tipos de adolescentes está la presencia de un mayor número de sucesos estresantes en los adolescentes no resilientes, y el uso de afrontamiento funcional en los adolescentes resilientes (Seiffge-Krenke, 1998; 2000; Zanini, et al., 2005).

Los procesos metodológicos para lograr la equivalencia entre el grupo R y NR en función de los factores de riesgo NSEB y presencia de sucesos estresantes, permitieron que fueran equiparables y se pudiera identificar resiliencia. Asimismo permitió observar datos semejantes a los de estudios multifactoriales previos (p.e. Costa, et al., 2005; Holahan et al., 1996; Hsieh, et al., 2008; Jaffee, et al., 2007) que muestran que la resiliencia involucra la relación compleja de variables proximales como el afrontamiento, apoyo social percibido y funcionamiento familiar, y distales, entre ella la pobreza, así como variables “mixtas” como los sucesos de vida, en tanto que se encontraron diferencias estadísticamente significativas y

clínicas importantes entre ambos grupos (R y NR) en la mayoría de las variables estudiadas, aunque también algunos datos resultan polémicos.

En cuanto a la percepción de pobreza, el grupo R y el NR no difieren de manera significativa, sin embargo, sí se encontró un efecto directo de la edad, ya que los adolescentes de mayor edad perciben más apuros económicos, mientras los de menor edad perciben menor adversidad económica. Asimismo se encontró que los hombres son los que perciben más falta de lo necesario. Estos datos, apoyan la importancia de los esquemas valorativos subjetivos, así como la complejidad de la pobreza en la que contribuyen otras variables personales, sociales y contextuales (Boltvinik, et al., 1999; Palomar, et al., 2006; Valdini, 2001) a partir de lo cual parecen construirse representaciones mentales con diversas significaciones de pobreza, sin embargo, los datos en general reiteran la importancia de investigar más, en tanto que esto puede ser un poco controversial conforme a otros reportes (Wadsworth, et al., 2002). Aunque si se retoma el concepto de pobreza como la sensación de falta de lo necesario que se establece de la comparación de lo que se tiene con lo que tienen los demás (Guthrie, et al., 2002; Max-Neef, et al., 1986) los resultados son congruentes, ya que las condiciones de ambos grupos fueron semejantes no obstante, se recomienda evaluar la percepción del ingreso en otros niveles socioeconómicos o niveles de pobreza.

En relación a los sucesos de vida se observó que no obstante que fue una variable que definió el riesgo, y por tanto ambos grupos presentaban niveles por arriba de la norma en por lo menos un área, el grupo NR presentó niveles más altos y fuera de la norma en casi todas las áreas, excepto en la escolar y la de logros y fracasos, en particular las áreas familiar, social, personal, salud y problemas de conducta y reportaron un número total de sucesos mayor que el grupo R, lo que confirma los supuestos sobre poblaciones con apuros económicos (Cauce, et al., 2003; Liu, et al., 2000; Lucio, et al., 2001; Plunkett, et al., 1999, 2000; Tiet, et al., 1998; Werner, et al., 1992; Wyman, 2003) que mencionan mayor exposición a sucesos estresantes en poblaciones de NSEB. Sin embargo, la familia es el área con los valores más altos también en el grupo R, aunque dentro de la norma. Esto indica que una diferencia sustancial es que los adolescentes NR, experimentan más nivel de estrés, ante el cual además utilizan básicamente estrategias disfuncionales o no productivas y que la familia es una fuente importante de estrés en todos los adolescentes.

Estos datos son semejantes a los reportados previamente (Gómez, et al., 2006; Herman-Stahl, et al., 1994; Plankerel et al., 1995; Rutter, 2002, 2007; Seiffge-Krenke, 2000;

Seiffge-Krenke, et al., 2002; Serrano et al., 2005) que indican que los adolescentes resilientes tienden a utilizar más estrategias funcionales de aproximación o activas, en particular la solución de problemas o la búsqueda de apoyo social; mientras que los adolescentes no resilientes utilizan más estrategias disfuncionales de afrontamiento similares a las utilizadas en este grupo como la rumiación y conductas autolesivas, así como menos búsqueda de apoyo social.

A diferencia de otros estudios (Connor-Smith et al., 2004; Zanini, et al., 2005) los adolescentes resilientes y no resilientes, presentan tendencia a utilizar estrategias disfuncionales como la evitación y las respuestas fisiológicas, aunque con valores dentro de la norma. El uso del primer tipo de estrategias podría explicarse en función de hallazgos previos (Carbonell, et al., 2005) que indican que algunos adolescentes resilientes que viven en condiciones de adversidad tienden a evadir situaciones o personas violentas, por ejemplo, cuando se esconden o evaden a padres abusivos o maltratadores. La evasión es una estrategia que los protege de ser dañados y que tiene resultados positivos para la salud del joven cuando sus opciones de respuesta son limitadas. Esto apoya nuevamente el supuesto de que el vivir en condiciones de pobreza aumenta la vulnerabilidad en los chicos (Galaif, et al., 2003; Garnezy, 1991, 1993a; Luthar, 2006; Rutter, 1987). Por otro lado, la tendencia a la activación fisiológica en ambos grupos podría estar implicada con otras variables que no fueron exploradas en este trabajo y que podrían ser objeto de otros estudios como la personalidad o el temperamento, como lo muestra la evidencia (Compas, et al., 2004; Connor-Smith, et al., 2000; 2004; Fantini, et al., 2004).

Se observa que los adolescentes resilientes también utilizan la distracción, estrategia que algunos investigadores consideran funcional dependiendo del contexto, lo que explica su uso en este tipo de adolescentes. Cuando no pueden ejercer cambios sobre los sucesos estresantes, la distracción puede ser una estrategia efectiva que permite al adolescente tomar distancia emocional y tener cierto grado de control sobre la fuente de estrés (Compas, et al, 1993, 2001; Connor-Smith, et al., 2002; Forns, 2006; Frydenberg, 2008; Zanini, et al., 2003, 2004, 2005).

En cuanto al apoyo social percibido y el funcionamiento familiar se observa, al igual que en otros estudios (Bokszczanin, et al., 2006; Méndez, et al., 2008) que los adolescentes resilientes tienen mayor percepción de apoyo social en primer lugar de su familia, como de sus amigos y de otros, en comparación con los adolescentes no resilientes, los cuales además reportan menos unión familiar y libertad para expresar sus afectos y emociones, y

menor solución de conflictos familiares. Estos datos coinciden con otros planteamientos (Córdova, 2006; Davis, et al., 2006; Dekovic, 1998; Martínez, 2008; Rietchie, et al., 1999; Rivera, et al., 2006; Scholte, et al., 2001; Wagner, 1998) que indican que los adolescentes con adaptación positiva y resilientes tienen mayor percepción de apoyo familiar, más comunicación familiar y son capaces de resolver sus conflictos en familia y en general sus familias presentan un mejor funcionamiento familiar, lo cual parece funcionar como un factor de protección (Fergusson, et al., 2003; Masten, et al., 1998; McCubbin, et al., 1982; Patterson, 2002), y que este, a su vez, puede asociarse con el afrontamiento.

En lo que corresponde a la adaptación-desadaptación, en el grupo no resiliente se encontró un perfil que denota presencia de algunos problemas que implican personalidad antisocial, ideas de referencia, ansiedad, trastornos de ánimo, baja autoestima, introversión social, inmadurez, problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas, así como también problemas en las áreas familiar y escolar, lo que coincide con datos epidemiológicos (Benjet, et al., 2007, 2008, 2009; Borges, et al., 2008) y problemáticas referidas a nivel nacional (Juárez, et al., 2005; Medina-Mora, 2003a, 2003b, 2005; Quiroz, et al., 2007; Villatoro, et al., 2004; Wagner, et al., 2003). Por el contrario los adolescentes resilientes quienes presentan mayor capacidad de contención de impulsos, menor incomodidad social, menores problemas familiares y escolares, menor tendencia a la depresión y ansiedad, aspiraciones limitadas no tan altas, aunque este sea un aspecto que sobresale de su perfil.

En lo que se refiere al sexo y edad, los datos analizados con los diversos estadísticos, son consistentes con la literatura, que menciona diferencias entre las chicas y los chicos en los estilos de afrontamiento, así como entre los diversos grupos de edad (Compas, 1987a; Gelhaar, et al., 2007; Li, et al., 2006; Seiffge-Krenke, 1998, 2000; Zanini, et al., 2003; 2004). También se encontró un efecto importante de la edad y el sexo en cuanto a la percepción de pobreza, sin embargo, la escasa investigación con adolescentes en México (Márquez, 2008; Palomar, et al., 2006) no permite hacer muchas afirmaciones, excepto que estos datos coinciden en que los muchachos mayores están en posibilidad de ser más empáticos y sensibles a su entorno, ante el cual a la vez parecen más críticos (Coleman, et al., 2007; Egeland, et al., 2007) lo que podría explicar su mayor nivel de percepción de pobreza. El tomar en cuenta que este proceso es permeado por factores distales ligados a la cultura, permite entender las diferencias entre hombres y mujeres en la forma de percibir su medio ambiente (Ciariano, et al., 2009; Guthrie, et al., 2005), que sugieren mayor presión para los hombres cuando sus ingresos económicos son limitados.

Los adolescentes mayores tienden a utilizar más afrontamiento funcional, mientras que los de menor edad más afrontamiento disfuncional, lo que confirma los postulados teóricos y la evidencia previa que señala, diferencias debidas a la edad por la falta de maduración de muchos procesos en los adolescentes jóvenes (Ebata, et al., 2002; Kidwell, et al., 1983; Patterson, et al., 1987; Seiffge-Krenke, 1998). Por su parte las mujeres no resilientes presentaron más estrategias disfuncionales, así como puntajes más altos en aquellas áreas que se asocian con la presencia de problemas emocionales que implican personalidad antisocial, ideas de referencia, ansiedad, baja autoestima, introversión social, e inmadurez, así como también problemas en las áreas familiar y escolar. Contrariamente a lo esperado, tanto las mujeres resilientes como no resilientes mostraron una mayor tendencia a presentar conducta autolesiva como una estrategia de afrontamiento, a pesar de ser disfuncional, lo que sugiere que podría estar siendo utilizada como una forma de reducción de la tensión (Connor-Smith, et al., 2000; 2004; Frydenberg, 2008).

Los análisis multivariados prácticamente no arrojan datos que evidencien una influencia significativa del sexo y la edad en el apoyo social percibido y el funcionamiento familiar, aunque las comparaciones por pares con *t de Student* y *F* identifican mayor percepción de apoyo social en las mujeres resilientes (Calvete, et al., 2006), así como mayor percepción de unión y comunicación en la familia por parte de los hombres, quienes también por factores culturales tienden a permanecer más tiempo fuera de casa, lo cual parece relacionado con su mayor tendencia a usar la distracción como una forma de afrontamiento que parece ser productivo (Carbonell, et al., 2005; Forns, 2006; Holahan, et al., 1996).

¿Cómo se relacionan las variables personales y familiares con la resiliencia?

La hipótesis general de este estudio que supone relación entre las variables personales: percepción de la pobreza, sucesos de vida estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido y las variables del funcionamiento familiar, así como su capacidad de predicción de la resiliencia en adolescentes en condiciones de pobreza, en general se corrobora. Todas las variables se relacionan entre sí, a excepción de la percepción de pobreza, que no correlacionó con ninguna de las variables involucradas, a diferencia de otros estudios (Wadsworth, et al., 2002, 2005) en los que la percepción de pobreza, incluso fue utilizada como una variable de clasificación, que definió la adversidad económica como riesgo.

Este hallazgo parece congruente con los análisis comparativos previos que no arrojan diferencias significativas entre las muestras y los grupos, lo que corrobora el supuesto básico

de que la pobreza es multifactorial que involucra otras variables proximales y distales, que se tendrían que incorporar como en otros estudios (Meyers, et al., 2004; Palomar, et al., 2006).

Aunque algunos coeficientes de correlación entre las variables de estudio se pueden considerar bajos y moderados, se identifica que el afrontamiento global, en sus modalidades funcional y disfuncional, el apoyo social percibido y el funcionamiento familiar se relacionan de manera consistente, tal como lo revelan los estudios multifactoriales (Collishaw, et al., 2007; Gómez et al., 2006; Meyers, et al., 2002; Pinkerton, et al., 2007) en particular, los realizados con poblaciones de NSEB o adversidad económica (Barret, et al., 2005; Conger, et al., 1999, 2002; Felner, et al., 1995, 2000; Seidman, et al., 2003), confirmando la importancia de dichas variables para la resiliencia.

Se encontró relación entre los sucesos estresantes y el afrontamiento disfuncional lo que sugiere que los adolescentes están experimentando sucesos estresantes ante los cuales sus principales estrategias no son efectivas en el manejo del estrés, principalmente en las áreas familiar, social, personal y salud, por lo que finalmente algunos adolescentes sucumben al estrés mostrando fallas en la adaptación, por lo que no logran ser resilientes (Barra, et al., 2006; Elgar, et al., 2003; Frydenberg, 2008). Por el contrario, el afrontamiento funcional muestra una clara relación tanto con el apoyo social percibido como con el funcionamiento familiar, aunque como denotan los modelos de regresión lineal, no es tan simple su relación, ya que se trata de un factor frecuentemente relacionado con otras variables, que dependiendo de cómo se conjunten, son los resultados en términos de adaptación positiva y resiliencia (Gelhaar, et al., 2007; Gómez, et al., 2006)

Por otro lado, el apoyo social percibido se encuentra relacionado de manera positiva con el afrontamiento funcional y de forma negativa con el afrontamiento disfuncional, lo que indica que a mayor apoyo social, mayor uso de estrategias activas de afrontamiento, como la búsqueda de apoyo social y la solución de problemas, lo que repercute de forma positiva en la capacidad de adaptación positiva a pesar de la adversidad (Holahan, et al., 1996; Pinkerton, et al., 2007). Por el contrario, la falta o menor percepción de apoyo social, se relaciona de manera negativa con la resiliencia (Calvete, et al., 2006) y tienden a utilizar estrategias de afrontamiento disfuncional; sin embargo, en los modelos de regresión el apoyo social percibido como una variable global, no se constituyó como un predictor de la resiliencia.

Los datos sugieren que la percepción de apoyo social baja, en particular en la familia, puede contribuir a que se utilicen estrategias de afrontamiento disfuncionales, sin embargo,

este supuesto asume un carácter provisional hasta que no se estudien otras características del apoyo social como se indica previamente (p.e. Kaniasty, 2009; Norris, et al., 1996), ya que se trata de otra variable compleja en la que intervienen muchos factores, por lo que su relación con la resiliencia y la psicopatología puede ser difícil de comprender. En este sentido, estos resultados tienen que ser interpretados con cautela. Además se recomienda investigar su comportamiento junto a otras variables, así como realizar otro tipo de análisis estadísticos, como, análisis de trayectorias, ya que los hallazgos que muestra la literatura aún son polémicos. Mientras algunos estudios sobre riesgo psicosocial (Costa, et al., 2005; Galaif, et al, 2003) sugieren que la falta de apoyo familiar percibido puede inducir a que los adolescentes busquen apoyo de pares con problemas emocionales o conductas de riesgo con resultados negativos en términos de adaptación; hay otros, que indican que no siempre el apoyo social dentro de la familia resulta positivo y el de fuentes externas negativo, ya que el resultado del apoyo social depende de otras variables intrínsecas como el tipo de apoyo, la intensidad y la calidad del mismo (Baldwin, et al., 1999; Barrera, et al., 2000) y del tipo de redes sociales y de las personas involucradas en el apoyo, así como el tipo, permanencia y magnitud de la situación adversa (Davis, et al., 2006; Fergusson, et al., 2000; 2003; Mickelson, et al., 2003; Werner, et al., 1992).

De acuerdo a lo esperado, el funcionamiento familiar mostró correlaciones significativas con todas las demás variables, lo que indica nuevamente que éste tiene implicaciones no solo con el apoyo social percibido, sino también con el afrontamiento y con los sucesos de vida, lo que parece apoyar la premisa de que la familia ocupa un papel preponderante en el desarrollo de los adolescentes (Grotevant, 1998; Patterson, 2002; Wagner, 1998).

Las correlaciones negativas con los sucesos estresantes y el afrontamiento disfuncional indican que cuando hay un funcionamiento familiar deficiente o bajo, los adolescentes perciben a la familia como una fuente primaria de estrés, como lo mostraron los análisis comparativos entre los diferentes grupos. Además esto indica que el uso de estrategias de afrontamiento disfuncional como la evitación y las conductas autolesivas, se relacionan de manera negativa con el funcionamiento familiar. Se confirma que el apoyo social percibido se relaciona con un buen funcionamiento familiar de unión y apoyo que pueden contribuir a la resiliencia. Por el contrario, el bajo funcionamiento familiar en términos de dificultades familiares, baja unión y comunicación se relacionan con menor percepción de

apoyo social, con implicaciones negativas para los desenlaces adolescentes (Arenas, et al., 2007, 2008; Rivera, et al., 2006).

Esto sugiere que la percepción de dificultades familiares y la percepción baja de apoyo familiar induce a que los adolescentes no resilientes busquen menos apoyo social en la familia, lo cual en ambientes de riesgo psicosocial, como en el que viven, parece incrementar su vulnerabilidad, lo que explica sus dificultades de adaptación (Higgins, et al., 1996; Jaffe, et al, 2007; Meyers, et al., 2002).

¿Cuáles son las variables que predicen la resiliencia?

En lo que concierne al valor predictivo de las variables globales percepción de pobreza, sucesos estresantes, afrontamiento, apoyo social percibido y funcionamiento familiar sobre la resiliencia. El análisis de regresión binaria arroja valores que indican en primer lugar al afrontamiento funcional como predictor. Esto coincide con datos previos (Gore, et al., 2000; Luthar, 2006; Plunkett, et al, 1999; 2000; Rutter, 2007; Seiffge-Krenke, et al., 2002; Wadsworth, et al., 2005) que señalan la función mediadora del afrontamiento ante situaciones de adversidad o estrés significativo.

Estos resultados revelan que el afrontamiento funcional o de aproximación es un predictor de la resiliencia, por lo que puede ser considerado un factor protector que puede mediar entre el NSEB y el estrés, y el desenlace adolescente en esta muestra. El afrontamiento disfuncional puede ser considerado un factor de riesgo que junto con el aumento de sucesos estresantes tiene un efecto negativo en el adolescente, que interfiere con el desarrollo de la resiliencia. La percepción de la pobreza, el apoyo social percibido y el funcionamiento familiar, no figuran como predictores en los análisis de regresión cuando se evalúa su contribución a la resiliencia de manera global sin considerar sus dimensiones.

Sin embargo, al considerar las diferentes factores o componentes de cada una de las variables globales y correr los análisis de regresión respectivos introduciéndolas cada una como variables independientes, se pudo determinar su contribución por separado e identificar que algunos de ellos pueden funcionar como predictores de la resiliencia.

El afrontamiento de aproximación o funcional, específicamente la búsqueda de apoyo social de la familia y la solución de problemas, resultan predictores de la adaptación y resiliencia como se plantea previamente (Collishaw, et al., 2007; Gelhaar, et al., 2007; Plunkett, et al., 2000; Reuchin, et al., 1999; Wadsworth, et al., 2002, 2005; Zanini, et al, 2003, 2004). Estas estrategias de afrontamiento pueden contribuir a manejar las presiones

económicas y los sucesos estresantes lo que permite a los adolescentes enfrentar la adversidad y adaptarse de manera positiva. Por el contrario, el afrontamiento disfuncional, en particular la rumiación y la conducta autolesiva, tienen una influencia negativa en la resiliencia, lo que en otros términos indica problemas de adaptación y presencia de algunos problemas emocionales.

De todas las fuentes de apoyo social (familia, amigos y otros) la percepción de apoyo social familiar resultó ser la única con valor predictivo sobre la resiliencia, teniendo una influencia positiva, tal como se plantea de manera reiterada en este estudio y en la literatura (Bokszczanin, et al., 2006; Gómez, et al, 2006; Guillock, et al., 1999; Holahan, et al, 1996; Martínez, et al., 2008; Masten, 2001; Méndez, et al., 2008; Rutter, 2002; Tusaie, et al., 2007; Zamora, 2006) lo cual sugiere que también puede funcionar como un factor protector amortiguando los efectos del NSEB y el estrés, generando adaptación y resiliencia.

Estos datos sugieren un efecto directo e indirecto de la familia y su función mediadora en los desenlaces adolescentes, ya sea como un factor de protección o de riesgo. La unión y apoyo familiar en este estudio parecen mediar los efectos del NSEB y del estrés mientras que las dificultades familiares parecen aumentar la vulnerabilidad como se señala con anterioridad (Barrett, et al., 2005; Benard, 2004; Sameroff, et al., 2003, 2006). Esto indica la conveniencia de fortalecer la intervención con familias. Sin embargo, estos hallazgos podrían tener mayor fundamento si se efectuara un análisis de trayectorias.

No menos importante es el trabajo con los adolescentes a nivel individual y grupal, ya que estos hallazgos apoyan la premisa general de que cuando los adolescentes no cuentan con los recursos de afrontamiento funcionales, y por el contrario utilizan estrategias disfuncionales o de evitación como la rumiación y la activación fisiológica, aumenta su vulnerabilidad y su capacidad de adaptación es menor (Compas, 1987a; Compas, et al., 1995, 2004; Kavsek, et al, 1996; Rutter, 2000; Zanini, et al., 2005), ya que a pesar de que los adolescentes resilientes no mostraron problemas significativos de adaptación a diferencia de los no resilientes, reportan el uso de estrategias disfuncionales asociadas con desajuste emocional en otras muestras.

En suma el efecto de acumulación que se genera al asociarse el NSEB con otros factores de riesgo como la presencia de sucesos de vida estresantes (Cauce, et al., 2003; Garnezy, 1991; Rutter, 1985, 2002; Sameroff, 1998), queda ilustrado de manera más clara en los niveles más altos de estrés que mostraron tanto la muestra clínica como el grupo no resiliente. Lo cual parece confirmar en parte una de las premisas básicas del modelo

acumulativo de Rutter (2000) que menciona que es la suma de factores de riesgo o la acumulación de la adversidad lo que aumenta la vulnerabilidad y la psicopatología en los adolescentes y que los sucesos estresantes son un predictor para la adaptación negativa mientras el afrontamiento funcional lo es para la resiliencia (Rutter, 2007).

De acuerdo con los planteamientos de Luthar y Becker (2002) los resultados, sugieren, que no es el NSEB por sí mismo, ni la percepción de pobreza o de la adversidad económica, factores que están ejerciendo presión en los adolescentes de los grupos estudiados. Son los sucesos de vida estresantes asociados al NSEB, los que ejercen una influencia negativa. Podrían considerarse factores asociados, los cambios en la configuración y dinámica familiar (familias monoparentales, problemas familiares), así como los estresores que acompañan a las familias que enfrentan situaciones de adversidad (pérdida del empleo, disminución de los ingresos), encontrados en las muestras estudiadas, así como otros factores como migración (no estudiados de forma directa) podrían ser los responsables de aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes como señalan otros estudios (Aguilera, et al., 2004; Coleman, et al., 1998; Falicov, 2002; Sameroff, et al., 2003).

Esto parece reforzar la idea de que la pobreza al igual que la resiliencia, es un fenómeno complejo multidimensional (Boltvinik, et al, 1999; Valdini, 2001) del cual el ingreso económico podría ser sólo uno entre varios indicadores. Resulta más conveniente considerar al NSEB asociado a la pobreza, y traducirla en términos de la combinación de algunos indicadores del nivel socioeconómico y la valoración subjetiva, como lo sugiere la psicopatología del desarrollo (Conger, et al., 1997; 2002; Sameroff, et al., 2002; 2006).

A pesar de que se reconoce el papel prioritario que asume la percepción de la situación económica, de forma que algunos estudios delimitan el nivel de pobreza solo por su valoración subjetiva (Wadsworth, et al., 2002, 2005), evaluar solo una dimensión podría ser limitado e incluso confundir su efecto en los adolescentes.

Significar la pobreza como un riesgo distal, tal como lo plantea Rutter (2003), el cual tiende a variar en función de otros factores distales a nivel macroeconómico y de factores proximales como pueden ser los sucesos de vida, la dinámica familiar y la percepción del entorno, permite entender el valor de cada factor asociado a la pobreza en el desenlace adolescente, lo cual parece quedar ilustrado con los datos que muestran niveles moderados de percepción de pobreza y las no diferencias entre las diversas muestras estudiadas, a pesar de vivir en condiciones económicas similares y en zonas consideradas de alto riesgo por su bajos índices de desarrollo.

Ciertamente, la percepción de pobreza no resultó ser un factor de riesgo significativo que se asociara a la desadaptación o no resiliencia, lo cual sugiere una relación dialéctica entre factores subjetivos y objetivos que interactúan generando un proceso dinámico llamado pobreza. En este sentido, los planteamientos de Max-Neef, et al (1986) que definen a la pobreza a partir de la falta de lo necesario y de satisfactores que pueden variar de persona a persona pero que son establecidos a partir de un parámetro externo, podría ser útil para interpretar los resultados. Cuando las circunstancias de vida en particular la situación económica en similar en una comunidad o grupo, no se puede apreciar la diferencia, lo cual sugiere que los adolescentes que participaron en este estudio al tener en general todos bajo ingreso, no pueden percibir la falta de algo que “nadie” tiene.

Los análisis apoyan el supuesto de que una de las diferencias básicas no solo entre poblaciones clínicas y normativas, sino entre adolescentes resilientes y no resilientes es la cantidad de los sucesos de vidas estresantes (Ezpeleta, et al., 2000; Tiet, et al., 1998) y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Los adolescentes clínicos o con problemas psicológicos y los no resilientes tienden a utilizar estrategias más disfuncionales, mientras que las muestras escolares y normativas usan más estrategias funcionales, lo cual contribuye a lidiar con los sucesos estresantes y a la adaptación positiva a su medio, a pesar de que éste sea adverso (Compas, 1987a; Compas, et al., 1995; Elgar, et al., 2003; Hernández, et al., 2006; Rutter, 2002, 2007).

Es el estrés asociado al NSEB lo que pudiera estar “liderando” la adaptación de los adolescentes tanto de la muestra clínica como del grupo no resiliente, por lo que ambos pueden considerarse marcadores de riesgo como se ha propuesto (Arrington, et al., 2000; Compas, et al., 1987b; Grant, et al., 2003; Tiet, et al., 1998; Waschbusch, et al., 2003), mientras que el afrontamiento, parece ser un factor protector. A pesar de ello, se deja abierta la discusión en tanto no se obtenga más evidencia, sobre la función de ciertas estrategias de afrontamiento como la distracción, ya que la evidencia arroja diversos resultados, ya sea amortiguando o incrementando el riesgo dependiendo del contexto y de su combinación con otras variables (Costa, et al., 2005; Kirchner, et al., 2000; Seiffge-Krenke, 1993; Zanini, et al., 2004). De manera similar, el hecho de que la activación fisiológica se presente tanto en la muestra escolar como en el grupo resiliente, a pesar de estar tradicionalmente asociada con problemas psicológicos (Compas, et al., 2004; Connors-Smith, et al., 2004), sugiere que ambos grupos son vulnerables, a la vez que indica la necesidad de continuar investigando.

Los resultados de este estudio apoyan algunos postulados básicos sobre la resiliencia entendida como adaptación positiva a pesar del riesgo, o, estrés:

a. puede expresarse en un continuo riesgo-protección (Rutter, 2002; Garmezy, 2000), en tanto que se pudieron identificar los “extremos”, adolescentes resilientes y no resilientes, sin embargo, es probable que la aplicación de más análisis muestren diferentes niveles de resiliencia,

b. no es absoluta y puede cambiar a través de diferentes dominios (Masten, et al., 1998, 2003) ya que aún los adolescentes resilientes no presentan adaptación en todas las dimensiones evaluadas,

c. los desenlaces resilientes son definidos en términos de indicadores emocionales y conductuales, no en conductas directamente observables, esto se pudo constatar al evaluar la adaptación de manera indirecta con el MMPI-A, y

d. es un constructo supra-ordenado que incluye la adaptación positiva, opuesta a la psicopatología, que puede ser entendida en términos de factores de protección y riesgo ante situaciones de riesgo (Luthar, 2006; Sameroff, et al., 2002). En este sentido los modelos de regresión obtenidos nos permiten entender la resiliencia a partir de la identificación de sus predictores pero también de los posibles factores de riesgo.

Alcances y limitaciones

La metodología utilizada permitió cumplir los objetivos generales y específicos de este estudio. Se caracterizó a adolescentes que viven en condiciones de pobreza de zonas marginadas de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México, en función de las variables de estudio, a través de la contrastación inicial de una muestra escolar y una clínica, a diferencia de otros estudios que solo trabajan con un solo tipo de población. Esto permitió introducir variabilidad al estudio de la resiliencia, establecer puntos de corte, realizar tamizaje en función del riesgo, comparar adolescentes resilientes y no resilientes, y determinar las variables que predicen la resiliencia.

Se comprobaron algunos postulados teóricos, así como evidencia empírica, al identificarse adolescentes en riesgo resilientes, capaces de mostrar adaptación positiva a pesar del NSEB o condiciones de pobreza y la presencia de sucesos estresantes. Se corrobora que dicha adaptación no se refleja en todas las dimensiones, lo que demuestra que la resiliencia no es absoluta (Masten, et al., 2006). Se midió la adaptación de manera indirecta a través de indicadores emocionales y no en conductas directamente observables (Luthar, 2006). Se

confirma la relación entre el afrontamiento, la percepción del apoyo social y el funcionamiento familiar. Se apoya el supuesto de que el afrontamiento funcional es el primer predictor de resiliencia y que el afrontamiento disfuncional sumado al incremento de los sucesos estresantes disminuyen la capacidad de resiliencia. Con base en ello se puede considerar que las estrategias de afrontamiento activas, el apoyo familiar percibido y la unión familiar funcionan como factores de protección, en tanto que los factores de riesgo son el afrontamiento disfuncional y las dificultades familiares.

Algunos datos permiten plantear que los grupos de estudio pertenecen a una población vulnerable no solo por sus condiciones económicas, sino por las variables asociadas. Al explorar las variables de riesgo (NSEB y estrés) se observó que si bien un alto porcentaje presentaban los indicadores mínimos de pobreza o NSEB, el número de adolescentes expuestos a sucesos estresantes aumentó de manera significativa. Lo cual permite corroborar la vinculación entre el NSEB y la presencia de sucesos negativos en comunidades de escasos recursos, así como el postulado básico del modelo de acumulación del riesgo (Rutter, 2000), al encontrarse que el número de adolescentes no adaptados se duplicó cuando se sumaron el NSEB y el estrés como condiciones de riesgo.

Estos hallazgos contribuyen a conocer cómo es que algunos adolescentes mexicanos de zonas suburbanas, de NSEB que viven en condiciones de pobreza y marginación están experimentando su situación económica, qué tan estresados están, cuáles son las fuentes de estrés, cómo afrontan, cómo perciben sus redes sociales, cuáles son sus recursos de apoyo, cómo son y funcionan sus familias, y algo importante, cuántos logran adaptarse y cuáles de las variables estudiadas contribuyen a que se adapten a condiciones adversas y sean resilientes.

Una de las aportaciones centrales de la presente investigación fue la contrastación de diferentes grupos de adolescentes de zonas consideradas de alto riesgo (CONAPO, 2005, 2010) a partir de un enfoque de la resiliencia que permite identificar factores de riesgo y protección, por lo que los resultados podrían orientar algunas acciones de salud mental especialmente dirigidas a adolescentes y sus familias en comunidades marginadas o con adversidad económica como se ha planteado de manera sistemática por las organizaciones de salud a nivel mundial (FMSM, 2003; WFHO, 2006; WHO, 2003, 2004, 2007a).

No obstante, se encontraron algunas limitaciones de tipo metodológico que podrían relacionarse con algunos resultados que no son lo suficientemente fuertes para hacer generalizaciones o que pueden generar controversia. Por ejemplo, la percepción de pobreza

no es significativa para la resiliencia, aunque se observaron algunas diferencias debidas al sexo y a la edad; la distracción es una estrategia de afrontamiento efectiva que contribuye a la adaptación en estas muestra a pesar de que provienen de comunidades en riesgo psicosocial; la evitación y las respuestas fisiológicas también son usadas por los adolescentes resilientes, lo cual sugiere que se trata de poblaciones vulnerables, por lo que se considera necesario seguir estudiando poblaciones insertas en contextos de adversidad.

El intentar introducir mayor variabilidad a la resiliencia a través de la incorporación de una muestra clínica, contribuyó a detectar factores de riesgo, pero al mismo tiempo generó controversia, ya que podría ser considerada o representar una limitación. A pesar de que se utilizaron criterios muy específicos de inclusión, los cuales se siguieron rigurosamente en la conformación de las muestras, algunos factores pudieron contribuir a que no se garantizara una muestra clínica totalmente "pura". Por lo tanto podría haberse denominado subclínica, como se reporta en otros estudios (Forns, 2006; Zanini, et al., 2004). Cabe enfatizar que se denominó clínica porque las fuentes de reclutamiento fueron clínicas y centros de salud mental. Los participantes fueron adolescentes usuarios o pacientes de consulta externa del nivel primario de atención, pero no pacientes psiquiátricos. Por otra parte, probables limitaciones de diagnóstico inicial pudieron ser una variable que contaminó la muestra, aunque hay quienes señalan que esto siempre es una fuente de preocupación por las similitudes que hay entre ambos tipos de muestras (Sieffge-Krenke, 1993). Sin embargo, permitió contar con parámetros externos provenientes de muestras normativas, así como de parámetros internos de la muestra general, a partir de lo cual se pudieron establecer criterios específicos y puntos de corte para definir las variables filtro y realizar el tamizaje tanto del riesgo como de la adaptación.

Al explorar la variable resiliencia se observó que cuando se introdujo solo el NSEB como un factor de riesgo significativo, como lo sugieren varios autores (Garmezy, 1991; Grant, et al., 2003; Luthar, 2006; Rutter, 2002) el número de adolescentes resilientes es mayor, pero cuando se le sumaron los sucesos estresantes el número de adolescentes resilientes se redujo considerablemente. Esto hace pensar en la necesidad de realizar más análisis que permitan contrastar diferentes niveles y condiciones de adversidad económica, lo cual refuerza la idea de que podría delimitarse mejor el concepto de pobreza, lo cual también podría lograrse al introducir otras muestras de diferentes sectores poblacionales.

Conceptos de desventaja social y económica que presuponen una limitación en el desarrollo no sólo de los adolescentes, sino de todos los individuos, que repercuten en su

salud integral tienen que ser revalorados a partir de los cambios sociales que se viven actualmente, así como, desde la propia perspectiva del adolescente con respecto a sí mismo y en relación a su entorno, ya que no todos los adolescentes que viven en las mismas circunstancias ecológicas le atribuyen los mismos significados (Luthar, 2006; Meyers, et al., 2002, 2004).

Quedan tareas pendientes, como explorar un modelo de trayectorias que permita tener explicaciones no lineales de cómo se relacionan las variables y conocer la función de las variables en la resiliencia, específicamente del afrontamiento, en términos de mediador y/o moderador. Además se podría delimitar con mayor precisión cual es la función que tiene la familia en la resiliencia, ya que los análisis de correlación bivariados y logística, sugieren un efecto indirecto tal como lo muestra la literatura, pero no se podría afirmar de manera categórica. Asimismo, se recomienda efectuar análisis multivariados con diferentes niveles de pobreza y grupos de riesgo; de otras variables familiares como su estructura; así como introducir otros factores como las características de sus redes sociales, estudiándolas en diversas poblaciones y contextos.

Uno de los retos de la investigación para comprender la resiliencia en la adolescencia en contextos de adversidad económica, es articular estudios que tomen en cuenta variables proximales y distales de tipo contextual, de manera conjunta, inmersas en el macrosistema, que permitan evaluar los riesgos y su influencia en las trayectorias y desenlaces adolescentes, pero fundamentalmente identificar los mecanismos que subyacen a los procesos de adaptación para lo cual se podrían llevar a cabo seguimientos de por lo menos tres a seis meses. Ello obliga a continuar investigando desde una perspectiva integral a partir de enfoques multidisciplinarios ecológicos-transaccionales de la adolescencia. Los modelos de investigación-acción podrían guiar protocolos de intervención que incluyan, la evaluación que retroalimente de manera permanente el diseño y desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, tanto universales como específicos, acordes con las necesidades de los adolescentes mexicanos y sus familias.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. (1999). What is “developmental” about developmental psychopathology? In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 29-48). New York: Cambridge University Press.
- Acle, G., Martínez, L., Roque, M.P. & Montero, A. (2007, Julio). Características resilientes de los medios familiar y escolar: Percepción de escolares. *XXXI Congreso Interamericano de Psicología*. Cd. de México. México.
- Aguilera, R., Salgado, N., Romero, M. & Medina-Mora, M. (2004). Paternal absence and international migration: Stressors and compensators associated with mental health of Mexican teenagers of rural origin. *Adolescence*, 39(156), 711-723.
- Amar, J., Kotliarenco, M. & Abello, R. (2005). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo*, 2, 167-197.
- Anzaldo, C. (2010). Evolución de la marginación urbana, 2000-2005. En Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México*. México: CONAPO. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/11.pdf>
- Archer, R., Handel, R. & Lynch, K. (2001). The effectiveness of MMPI-A items in discriminating between normative and clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 420-435.
- Archer, R., Handel, R., Lynch, K. & Elkins, D. (2002). MMPI-A validity scales uses and limitations in detecting varying levels of random responding. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 417-431.
- Archer, R., Tirrell, C. & Elkins, D. (2001). Evaluation of an MMPI-A short form: Implications for adaptive testing. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 76-89.
- Arenas, P. (2005). *Detección de malestar emocional en un grupo de adolescentes*. (Tesis inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología UNAM, México.
- Arenas, P., Durán, C. & Heredia, M.C. (2008). Psychological support and stress of adolescents and their parents. In: K. Moore & P. Buchwald. *Stress and anxiety. Application to adolescence, job stress and personality*. (pp. 19-28). Berlin: Logos Verlag.
- Arenas, P. Lucio, E. & Durán, C. (2007). Perception of social support in relation to emotional problems and stress Mexican adolescents. Paper presented at the 28th *International Conference of the stress and Anxiety Research Society*. Bávaro-Punta Cana, Dominican Republic.
- Arnett, J. (1992). Review: reckless behavior in adolescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(6), 317-326.
- Arrington, E. & Wilson, M. (2000). A re-examination of risk and resilience during adolescence: Incorporating culture and diversity. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 221–230.
- Ávila, M.R., Heredia, M., & Lucio, E. (2006). Confiabilidad interna y estabilidad temporal del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 97-113.
- Baldwin, A., Baldwin, C. & Cole, R. (1999). Stress-resistant families and stress-resistant children. In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, Sh. Weintraub (Eds.),

- Risk and protective factors in the development of psychopathology.* (pp. 257-280). New York: Cambridge University Press.
- Barbanel, L., Alpert, J., Gutwitch, R., Killian, D., LaGreca, A. & Schreiber, M. (2004). Fostering resilience in response to terrorism: for psychologist. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apahelpcenter.org/resilience>
- Barcelata, B., Lucio, E. & Durán, C. (2006). Construcción, confiabilidad, validez de contenido y discriminante del Inventario Autodescriptivo del Adolescente. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 5-19.
- Barcelata, B., Lucio, E. & Durán, C. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61.
- Barrera, M. & Prelow, H. (2000). Interventions to promote social support in children and adolescents. In: D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents.* (pp. 309-340). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Barrett, A. & Turner, R. (2005). Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), 156-169.
- Barron, R., Montoya, I., Casullo, M. & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: what we have learned.* San Francisco: West Ed.
- Benjet, C. (2008, Septiembre). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes de la Ciudad de México. (Simposium). *XIII Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría.* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/ Secretaría de Salud, México.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C. & Zambrano, J. (2007, Septiembre) *Prevalencia, severidad y utilización de servicios para trastornos psiquiátricos en adolescentes de población general en la Ciudad de México.* XXII Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría, México, D.F.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Blanco, J. Zambrano, J. Orozco, R., et al., (2007). Drug use opportunities and the transitions to drug use among adolescents from the México City Metropolitan Area. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 128-134.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2008). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 1-10.
- Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Cruz, C. & Méndez, E. (2009). Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. & Maya, C. (2008, Septiembre). La epidemiología de la adversidad crónica en jóvenes. *XIII Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría.* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/ Secretaría de Salud, Mexico.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.

- Beutler, L. & Moos, R. (2003). Coping and Coping Styles in Personality and Treatment Planning: Introduction to the Special Series. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1045–1057.
- Bertalanffy, L. V. (1978). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Block, J. (1996). The construct of ego resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Boden, C., Fergusson, D. & Horwood, J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37, 431-440.
- Bokszczanin, A. & Makowsky, S. (2006). Family economic hardship, parental support and social anxiety in adolescents. 27th. STAR Society Conference. *Electronic Proceedings. Creta, Greek*. Recuperado de <http://www.star-society.org/star2003finalversion>
- Boltvinik, J. & Hernández, E. (1999). *Pobreza y distribución del ingreso en México*. México: Siglo XXI Editores.
- Boltvinik, J. (2004). *Pobreza Desigualdad y Marginación en la Ciudad de México*. México: Dirección General de Desarrollo del Distrito Federal.
- Bolwby, J. (1998). *El apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41-52.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Wang, P.S. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of World Health Organization*, 86(10), 757-764.
- Borges G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Familiar, I., Nock, M., et al. (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 32-39.
- Bravo, A. & Fernández del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psichothema*, 15(1), 136-142.
- Brewer, L. (2003). Jóvenes en situación de riesgo: la función del desarrollo de calificaciones como vía para incorporación al mundo del trabajo. Skills, Knowledge, Employability. Documento de Trabajo No. 19. Ginebra: Oficina Mundial del Trabajo. Recuperado de <http://www.ilo.org/public/english/employment/yett/download/wp19sp.pdf>.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G., & Maniatis, N. (1997) Poor families, poor outcomes: The well-being of children and youth. In: G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Consequences of growing up poor*. (pp. 1-17). New York: Russell Sage Foundation.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Carlson, E. & Sroufe, A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. Cohen. (Eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1a. Ed. (pp. 581-624). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Calvete, E. & Connor-Smith, J. (2006). A cross-cultural comparison of the structure of perceived social support and its association with social stress and psychological symptom. 27th. STAR Society Conference. *Electronic Proceedings. Creta, Greek*. Recuperado de <http://www.star-society.org/sta2003finalversion>
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184–195.

- Carbonell, D., Reinherz, H. & Giaconia, R. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 251-273.
- Carbonell, D., Reinherz, H. & Beardslee, W. (2005). Adaptation and coping childhood and adolescence for those at risk for depression in emerging adulthood. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(5-6), 395-416. doi: 10.1007/S10560-005-0019-4.
- Cashel, M. L., Ovaert, L. & Holliman, N. (2009). Evaluating PTS in incarcerated male juveniles with the MMPI-A: An exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 66(12), 1535-1549.
- Cauce, A., Stuart, A., Domenech, M., Cochran, B. & Ginzler, J. (2003). Overcoming the odds? Adolescent development in the context of urban poverty. In: S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 343-363). New York: Cambridge University Press.
- Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa –CECOSAM (2008). *Ficha socioeconómica inicial*. México: Secretaría de Salud. Servicios de Atención Psiquiátrica.
- Celis de la Rosa, A. (2004). La salud de los adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*, 46(1), 153-166.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Antecedentes" En: Seguridad Pública. Recuperado de http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico/5_gvulnerables_archivos/aseguridad%20publica.htm
- Cervantes, R. & Castro, F. (1985). *Stress, coping and mexican american mental health: A systemic Review*. California: Spanish Speaking Mental Health Research Center.
- Ciairano, S., Menna, P., Molinar, R., & Sestito, L.A. (2009). The relationships between perceived stress for the future and coping strategies in times of social uncertainty: A study of Italian adolescents. *Journal of Psychology and Counseling*, 1(1), 5-18.
- Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections. *Developmental Review*, 13, 471-502.
- Cicchetti, D. (2003). Foreword. In: S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. Cohen. (Eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. 2d. Ed. (pp. 3-20). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In: D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. 3. *Risk, Disorder, and Adaptation*. (2nd. ed.). (pp. 129-201). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cochran, W. (1980). *Técnicas de muestreo*. México: C.E.C.S.A.
- Coddington, D. (1972a). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-I. *Journal Psychosomatic Research*. 16, 7-18.
- Coddington, D. (1972b). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-II. *Journal Psychosomatic Research*. 16, 205-213.
- Coleman, C., Friedman, A. & Burreight, R., (1998). The relationship of daily stress and health-related behaviors to adolescents. *Adolescence*, 33(130), 447-460.
- Coleman, L. B., Hendry, L. & Kloep, M. (2007). *Adolescence and Health*. Winchester, U.K.: John Wiley & Sons.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, M. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211–229.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL- (2006). *Informes Anuales.1998-2003 América Latina, Crecimiento y Desempleo*. Recuperado de <http://www.cepal.org/americalatina/desarrolloregional338/mexico.html>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL- (2007). *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2007*. Recuperado de <http://www.eclac.org/cgi-bin/gtProd.asp?xml=/publicaciones/xml>
- Compas, B. (1987a). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B. (1987b). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
- Compas, B., Connor-Smith, J. & Jaser, S. (2004). Temperament, stress reactivity and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 21-31.
- Compas, B., Davis, G., Forsythe, C. & Wagner, B. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 534-541.
- Compas, B., Hinden, B. & Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review and Psychology*, 46, 265-293.
- Compas, B., Howell, D., Phares, V., Williams, R., & Ledoux, N. (1989). Parent and child stress symptoms: an integrative analysis. *Developmental Psychology*, 23(4), 550-559.
- Compas, B., Malcarne, E. & Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-41.
- Compas, B., Orosan, P. & Grant, K. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.
- Conger, R. & Conger, K. (2002). Resilience in midwestern families: Selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 64, 361-373.
- Conger, R.D., Conger, K.J. & Elder, G. (1997). Family economic hardship and adolescent adjustment mediating and moderating processes. In: G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.). *Consequences of growing up poor*. (pp. 288-311). Cambridge: Russell Sage Foundation.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O. & Simons, R. L. (1999). Economic stress, coercive family process and development problems of adolescents. *Child Development*, 65(2), 541-561.
- Connor-Smith, J. & Compas, B. (2004). Coping as a moderator of relation between reactivity to interpersonal stress, health status and internalizing problems. *Cognitive and Therapy Research*, 28(3), 347-368.
- Connor-Smith, J., Compas, E., Wadsworth, A., Thommsen, H. & Saltzman, H. (2000). Responses to Stress in Adolescence: Measurement of Coping and Involuntary Stress Responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976-992.
- Consejo Nacional en Contra de las Adicciones (2003). *Estadísticas básicas*. Recuperado de http://www.conadic.org.mx/interior/menu_superior/investigación_y_estadística/mexico_contra_tabaquismo.html.
- Consejo Nacional de Población (2005). *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal*. México: Autor.
- Consejo Nacional de Población (2010). Situación actual de los jóvenes en México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/04.pdf>
- Consejo Nacional de Población (2011a). *Situación demográfica de México*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=301&Itemid=418

- Consejo Nacional de Población (2011b). México en cifras. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=149&Itemid=14
- Córdova, A. (2006). *Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Costa, F., Jessor, R., Turbin, M., Dong, Q., Zhang, H. & Wang, Ch. (2005). The role of social contexts in adolescence: Context protection and context risk in the United States and China. *Applied Developmental Science*, 9(2), 67-85.
- Cyrulnick, B. (2002) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Davis, P. & Cummings, M. (2006). Interparental discord, family process and developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. Cohen. *Developmental Psychopathology*. 2nd. Ed. 3. Risk, Disorder, and Adaptation. (pp. 129-201). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth & Adolescence*, 28(6), 667-685.
- Devenson, A. (2004). The importance of "resilience" in helping people cope with adversity. *Australia's Journal of Social and Political Debate*. Recuperado de <http://www.onlineopinion.com.au/print.asp?article=1847.pdf>
- Downie, N.M. & Heath, R.W. (1982). *Basic Statistical Methods*. 3th.Ed. New York: Harper & Row.
- Ebata, A., Petersen, A. & Conger, J. (2002). The development of psychopathology in adolescence. En: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 306-333). New York: Cambridge University Press.
- Edualter, M. (1997). *Educación para el Desarrollo Humano. La definición de pobreza desde la perspectiva de Desarrollo Humano*. Recuperado de <http://www.fuhem.esp/portal/areas/educa/paz/pobreza/html>
- Egeland, B. (2007). Understanding developmental processes of resilience and psychopathology: Implications for policy and practice. In: A. Masten. (Ed.). *Multilevel dynamics in developmental psychopathology. The Minnesota Symposia on Child Psychology*. Vo.34. (pp. 83-1117). Minneapolis: Minnesota University.
- Elgar, F., Arlett, C. & Groves, R. (2003). Stress, coping and behavioural problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 574-585.
- Erikson, E. (1986). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Espejel, E. (1996) Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Tlaxcala: Instituto de la Familia, A.C./Universidad de Tlaxcala.
- Ezpeleta, L., Granero, R., De la Osa, N. & Guillamón, N. (2000). Predictors of functional impairment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 793-801.
- Everall, R., Altrows, J. & Paulson, B. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84, 461-470.
- Falicov, C. (2002). Ambiguous loss: Risk and resilience in latino immigrant families. In: M. Suárez & M. Páez (Eds.). *Latinos: Remaking America*. (pp. 183-217). Berkeley, CA: University of California Press.
- Fantin, M.B., Florentino, M.T. & Correché, M.S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 6(11), 156-179.
- Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2003a). *Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de Salud Mental*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/events/2006/World_mental_health_day/es/index.html

- Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2003b). *Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/events/2007/World_mental_health_day/es/index.html
- Felner, R. (2000). Educational reform as ecologically-based prevention and promotion: The Project on High Performance Learning Communities. In: D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.). *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 271-307). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Felner, R. D., Aber, M. S., Primavera, J., & Cauce, A. M. (1985). Adaptation and vulnerability in high risk adolescents: An examination of environmental mediators. *American Journal of Community Psychology*, 13(4), 365-379.
- Felner, R., Brand, S., Dubois, D., Adan, A., Mulhall, P. & Evans, E. (1995). Socioeconomic disadvantage, proximal environmental experiences and socioemotional and academic adjustment in early adolescent: Investigation of a mediated effects model. *Child Development*, 66, 774-792.
- Fergusson, D., Beautrais, A. & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61-73.
- Fergusson, D. & Horwood, L. (2003). Resilience to childhood adversity. Results of a 21-year study. In: S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 130-155). New York: Cambridge University Press.
- Fergusson, D., Woodward, L. & Horwood, L. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset suicidal behaviour during adolescence early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, B., Levín, M. & Estevez, A. (2005). Estilos de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de un nivel socioeconómico bajo de Tucumán, Argentina. *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Fonagy, P., Target, N., Steele, M. & Gerber, A. (1995). Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. Cohen. *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. (pp. 504-554). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Fontanine, J., Archer, R., Elkins, D. & Johansen, J. (2001). The effects of MMPI-A T-score elevation on classification accuracy for normal and clinical adolescent samples. *Journal of Personality Assessment*, 76(3), 264-281.
- Forns, M. (2006, Septiembre). *Resiliencia en la Adolescencia*. Documento sin publicar. Universidad de Barcelona. Presentado en el Taller de Depresión y Resiliencia en Adolescentes. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Forns, Amador, Kirchner, Martorell, Zanini & Muro (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16(4), 646-653.
- Freud, A. (1971). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Freud, S. (1973). Tres ensayos para una teoría sexual. En: S. Freud. (Autor) *Obras Completas. Tomo II*. 3a. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent Coping. Advances in theory, research and practice*. New York: Routledge.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997). Teaching coping to adolescents: When and to Whom? *American Educational Research Journal*, 37, 727-74.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2000). *Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Galaif, E., Sussman, S., Chih-Ping, C. & Willis, T. (2003). Longitudinal relations among depression, stress, and coping in high risk youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 243-262.

- García, M. & Rivera, S. (2007). Redes Familiares: funcionamiento y evaluación. En: M. García (Comp.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. México: Miguel Angel Porrúa-UNAM.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garnezy, N. (1993a). Developmental psychopathology: some historical and current perspectives. In: D. Magnusson & P. Casaer (Eds.), *Longitudinal research on individual development*. (pp. 95-126). New York: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (1993b). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. (2000). Reflections and comentary on risk, resilience, and development. In: R. Haggerty, L. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. (pp. 1-18). U.K.: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (2002). Resiliency Development. In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopatology*. (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Garnezy, N., Masten, A. & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Garnezy, N. & Rutter, M. (1985). Acute reaction to stress. In: M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatric*. (pp. 38-56). Oxford, Edimburgo: Blackwell Scientific Publication.
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., et al. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study of youth from central, eastern, southern, and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2), 129-156. doi: 10.1080/17405620600831564.
- Gómez, H. (2008). *Resiliencia en adolescentes que se identifican con tribus urbanas*. (Tesis inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Gómez, F., Johnson, R., Favis, Q. & Velázquez, R. (2000). MMPI-A performance of African and Mexican American adolescent first time offenders. *Psychological Reports*, 87, 309-314.
- Gómez, R. & McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models. *Personality and Individual Differences*, 30(6), 1165-1176.
- González-Arratia, N.I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la Ciudad de Toluca*. (Tesis inédita de Doctorado en Investigación Psicológica). Universidad Iberoamericana, México.
- González-Forteza, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1995) La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes. *Salud Mental*, 18(4), 41-48.
- González-Forteza, C., Salgado, R. & Andrade, P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental*, 16(3), 16-21.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1997). Los indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes en la República Mexicana. *Salud Mental*, 20(4), 1-7.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. & Collado, M. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una

- muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45.
- González-Forteza, C., Villatoro, V.J., Alcántar, E., Medina, M.E., Fleiz, C., Bermúdez, L. & Amador, B. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 25(6), 1-11.
- Gordon, K. (1996). Resilient Hispanic Youths' Self-Concept and Motivational Patterns. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18(63), 63-73.
- Gore, S. & Eckenrode, J. (2000). Context and process in research on risk and resilience. In: R. Haggerty, L. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. (pp. 19-63). U.K.: Cambridge University Press.
- Grant, K., Compas, B., Stuhlmacher, A., Thurm, A., McMahon, S. & Halpert, J. (2003). Stressor and child and adolescent psychopathology: moving from makers to mechanism of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466.
- Grotberg, E. (2004). Adolescentes contra la violencia: el poder de la resiliencia. En A. Melillo, N. Suarez-Ojeda & D. Rodríguez (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 155-171). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Grotevant, H.D. (1998). Adolescent development in family contexts. In: W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology*. 3. (pp. 1097-1149). New York: John Wiley & Sons.
- Guillock, K. & Reyes, O. (1999). Stress, supports and academic performance of urban, low-income, mexican-american adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 259-282.
- Guthrie, B., Young, A., Boyd, C. & Kintner, E. (2002). Ebb and flow when navigation adolescence: Predictors of daily hassles among African-American adolescent girls. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*. 7(4), 143-152.
- Haggerty, R. & Sherrod, L. (2000). Preface. In: R. Haggerty, L. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. (pp. 19-63). U.K.: Cambridge University Press.
- Harri, T., Brown, G. & Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the rol of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 16, 641-659.
- Hartos, J. & Power, T. (2000). Relations among single mothers'awareness of their adolescents'stressors, maternal monitoring, mother-adolescent communication, and adolescent adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 15(5), 546-562.
- Hauser, S. & Safyer, A. (1995). The contributions of ego psychology to developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. Cohen. *Developmental Psychopatology. Theory and Methods*. 1. (pp. 555-580). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Herman-Stahl, M., Stemmler, M. & Petersen, A. (1994). Approach and avoidant copy: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 649-665.
- Hernández, A. (1996). *Familia y adolescencia: Indicadores de salud*. OPS. OMS. Kellogg Foundation.
- Hernández, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 55-62.
- Higgins, D. & McCabbe, M. (1996). Family characteristics as mediators of adjustment in maltreated and non maltreated children. Recuperado de <http://www.aifshomepage/conferencepapers/htm>
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Holahan, Ch., Valentiner, D. & Moos, R. (1996). Parental support, coping strategies, and psychological adjustment: An integrative model with late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 633-648.
- Hsieh, M. & Shek, D. (2008). Personal and family correlates of resilience among adolescents living in single-parent households in Taiwan. *Journal of Divorce & Remarriage*, 49(3/4), 330-358.
- Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (2009). *Sexta encuesta nacional sobre inseguridad –ensi-6-. Resultados Nacionales y por entidad federativa*. México: Autor.
- Instituto Interamericano del Niño -IIN- (Noviembre, 2004). *XIX Congreso Panamericano del Niño, Niña y Adolescente*. Mesa de Trabajo Desarrollo de programas prospectivos para la prevención y promoción de la salud en niños y adolescentes. Instituto Interamericano del Niño, DIF y Relaciones Exteriores, México.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2002). *Encuesta Nacional de Juventud*. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002a). *Estadísticas Sociodemográficas y de Salud*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002b). *Cuaderno Estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005a). *II Censo General de vivienda, 2005) Características de la Vivienda por Delegación* Recuperado de http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/sistemas/conteo2005/datos/09/pdf/cp_v09_pob_2.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005b). *II Censo de Población y vivienda 2005*. Recuperado de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/sistemas/conteo2005/default.asp?s=est&c=10398>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). *Registros electrónicos del suicidio en México*. Recuperado de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/rutinas/ept.asp?t=mvio23&c=3391>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2008). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. Recuperado de http://www.fira.gob.mx:8081/sas/docs/InformacionEconomica/Notas_de_Analisis/Resultados%20ENIGH%20%20y%20Pobreza%202008.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Censo de Población y vivienda 2010*. Recuperado de <http://inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/default.aspx?tema=me&e=15>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría y Administración Federal de Servicios Educativos del D. F. (2006). *Cuestionario de Estudiantes 2006*. México: Autor.
- Irwin, C. E. (1990). The theoretical concept of risk adolescent. *Adolescent Medicine, State of the Art Reviews*, 1, 1-14.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffit, T., Polo-Tomás, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231-253.
- Jessor, R., Turbin, M. & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 788-800.
- Jiménez, A., González-Forteza, C., Mora, J. & Gómez, C. (1995) Acercamiento a la representación semántica del concepto “estrés” en adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(1), 45-49.
- Jiménez, R. (2005). La delincuencia juvenil: Fenómeno de la sociedad actual. *Papeles de Población*, 43, 215-261.
- Juárez, F., Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Fleiz, C. & Medina-Mora, M.E. (2005). Tendencias

- de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28(3), 60-68.
- Kaniasty, K. (2009). All about social support: Conceptual, measurement and methodological distinctions that matter. In: K. Sipos & T. Laszlo (Eds.), *30th Stress and Anxiety Research Society Conference's Abstracts*. (pp. 55-56). Budapest: Semmelweis University.
- Kavsek, M. & Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 651-668.
- Kerlinger, F. & Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en las ciencias sociales*. México: Mc Graw Hill.
- Kidwell, J., Fischer, J., Dunham, R. & Baranowski, M. (1983). Coping with normative transitions. In: H. McCubbin & Ch. Figley. *Stress and the Family*. Volume I. (pp. 74-89). New York: Brunner/Mazel Publisher.
- Kimmel, D. & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Kirchner, T. & Forns, M. (2000). Autopercepción de life events como factores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista de Psiquiatría*, 27(2), 63-76.
- Kliksberg, B. (2004, Noviembre). La familia en América Latina: Realidades, interrogantes y perspectivas. *XIX Congreso Panamericano del Niño*. Instituto Interamericano del Niño, DIF y Relaciones Exteriores. Documento Interno de Trabajo. México.
- Kohn, P. M. & Milrose, J. A. (1994). The Inventory of High-School Students' Recent Life Experiences: A Decontaminated Measure of Adolescents' Hassles. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(1), 43-53.
- Kotliarenco, M. & Aceitón, H. (2006, julio) La resiliencia como ventana de oportunidad. Un análisis entre resiliencia y pobreza. *III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Childwatch International*. México.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. & Fontecilla, M.I. (2003). *Estado de Arte en Resiliencia*. OPS, OSN, OMS, Fundación Kellogs. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, CEANIM Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer.
- Kotliarenco, M. & Pardo, M. (2000). Algunos alcances respecto al sustento biológico de los comportamientos resilientes. Recuperado de <http://www.iacd.oas.org/educa135/Kotliarenco2000/kotliarenco2000.htm>
- Lantz, P., House, J., Mero, R. & Williams, D. (2005). Stress, life events and socioeconomic disparities in health: Results of changing life study. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 274-288.
- Larson, R. & Ham, M. (1998). Stress and "store and stress" in early adolescent: the relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29(1), 130-139.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Leontopoulou, S. (2006). A cross-cultural study of resiliency in young people. 27th. STAR Society Conference. Electronic Proceedings. Crete, Greek. Recuperado de http://www.star-society.org/sta_r2003finalversion.
- Li, C.E., DiGiuseppe, R. & Froh, J. (2006). The role of sex, gender and coping in adolescent depression. *Adolescence*, 41(163), 409-415.
- Liu, X., Kurita, H., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, L. & Ma, D. (2000). Life events, locus of control and behavioral problems among Chinese adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1565-1577.
- López, J. (2008). *Resiliencia familiar ante el duelo*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México
- Lucio, E. (1998). *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes - MMPI-A-*. México: El Manual Moderno.

- Lucio, E. (2007). *Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macroproyecto UNAM 2007-2009) –versión para investigación–*. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Lucio, E., Alcántara, R., Tapia, H., Durán, C. & Calzada, R. (2003). Personalidad y autoestima del adolescente que padece diabetes mellitus insulino-dependiente. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 60, 24-30.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, A. (1996, June). Development and normalization of MMPI-A spanish version for Mexico. Paper presented at the 31st Annual MMPI-2 Symposium, Minneapolis, Minnesota.
- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2001). El Cuestionario de Sucesos de Vida en la evaluación del estrés en adolescentes. *Psicología y Salud*, 11(2), 23-30.
- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2003) Propiedades psicométricas del Cuestionario de Sucesos de Vida del Adolescente. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(2), 211-223.
- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2007). Estructura Factorial del Inventario Autodescriptivo del Adolescente. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(23), 149-176.
- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2009). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Barcelata, B., Durán, C. & Villafraña, L. (2004). Sucesos de vida estresantes: Un estudio transcultural de adolescentes venezolanos y mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17(1), 123-138.
- Lucio, E., Córdova, I.V. & Hernández, Q. (2002). Sensibilidad discriminativa de los reactivos significativos. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 6(1), 103-115.
- Lucio, E. & Durán, C. (2003). *Cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., Graham, R.J. & Ben-Porath, Y. (2002). Identifying faking bad on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent with mexican adolescents. *Assesment*, 9(1), 62-69.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. & Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5), 17-23.
- Lucio, E., Pérez y Farías, J.M. & Ampudia, A. (1997). Un estudio de confiabilidad test-retest del MMPI-A en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 55-62.
- Lucio, E., Pérez y Farías, J.M. & Durán C. (2004). Validez concurrente entre el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-Adolescentes y el Cuestionario de Sucesos de Vida. *Revista de Psicología y Salud*, 14(2), 155-163.
- Lucio, E., Plascencia, M. & Zamarrón, G. (2005). Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia*, 32, 115-127.
- Lucio, E., & Villarruel, B. (2008). Assessment of coping in adolescents: Considerations for developing coping questionnaires for teenagers. In: P. Buchwald, (Ed.), *Stress and Anxiety Applications to Life Span Development and Health Promotion*. (pp. 65-74). Berlin: Logos Verlag.
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 500-516.
- Luthar, S. (2003). Preface In: S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. Three: Risk, Disorder and Adaptation. (pp. 739-795). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Luthar, S. & Becker, B. (2002). Privileged but pressured? A study of affluent youth. *Child Development, 73*(5), 1593-1610.
- Luthar, S. & Burack, J. (2000). Adolescent Wellness: In the eye of the beholder? In: D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, y R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 29-58). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.
- Luthar, S. & Zelazo, L. (2003). Research on resilience: An integrative review: In: S.S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 510-551). New York: Cambridge University Press.
- Machamer, A. & Gruber, E. (1998). Secondary school, family, on educational risk: comparing American Indian adolescents and their peers. *Journal of Educational Research, 91*(6), 357-369.
- Maddaleno, M., Morello, P. & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México, 45*(1), 5332-5339.
- Magnusson, D. & Casaer, P. (1993). *Longitudinal research on individual development*. New York: Cambridge University Press.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. & Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En: M. Manciaux (Comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (pp.17-27). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Mariño, C., Medina-Mora, M.E., Mondragón, L., Domenech, M., & Díaz, L. (1999). ¿Quiénes son los adolescentes que no van a la escuela? Encuesta de hogares en la ciudad de Pachuca, Hgo. *Salud Mental, 22*(3), 41-49.
- Márquez, M.E. (2008). *Correlatos familiares, de crianza e implicación parental como predictores del rendimiento académico*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Márquez, R. (2009). *Jóvenes y delincuencia*. *Este país, 217*, 43-46. Recuperado de http://estepais.com/inicio/.../217/6_propuesta_jovenes_marquez.pdf.
- Martínez, A. (2004). *Evaluación de la confiabilidad de dos escalas de apoyo social: la escala de apreciación social (SS-A) y la escala de apoyo social (SS-B)*. (Tesis inédita de Licenciatura). FES Iztacala. UNAM, México.
- Martínez, B., Murgui, S., Musitu, G. & Monreal, M.C. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(3), 679-692.
- Mash, E. (1997). Introduction to clinical assessment interviewing In: A. Jongsma, M. Peterson, & W. McInnis, (Eds.), *The child and adolescent psychotherapy. Treatment Planner*. (pp. 2-44). New York: Wiley & Son.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.
- Masten, A., Best, K., & Garmesy, N. (1991). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.
- Masten, A., Burt, K. & Coatsworth, D. (2006). Competence and psychopathology in development. In: D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. 3. Risk, Disorder and Adaptation*. (pp. 696-738). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Masten, A. & Coatsworth, D. (1998). The development of competent in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*, 205-220.
- Masten, A. S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D. S., Larkin, K., & Larsen, A. (1998).

- Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(6), 745-764.
- Masten, A. & Gerwitz, A. (2006). Resilience and development: The importance the early childhood. *Encyclopedia the earl development*. Minneapolis: Centre of Excellence of Early Childhood Development.
- Masten, A. & Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In: S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press.
- Maupone, S. V. & Sotelo, A. C. (1999). *Traducción y estandarización del Cuestionario Modos de Atontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*. (Tesis inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Max-Neef, M., Elizalde, A. & Hopenhyn, M. (1986). Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro. *Development Dialogue, Número Especial*, 14-22.
- Mayer, S. (1997). Trend in the economic well-being and life chances of America's children. In: G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Consequences of growing up poor*. (pp. 239-287). New York: Russell Sage foundation.
- McCubbin, H. & Patterson, J. (1982). Family adaptation to crisis. In: H. McCubbin, E. Cauble, & J. Patterson (Eds), *Family Stress, coping, and social support*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- McCubbin, H. & Patterson, J. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. In: H. McCubbin & Ch. Figley (Eds.), *Stress and the Family. Volume I: Coping with normative transitions*. (pp 5-25). New York: Brunner/Mazel Publisher.
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2003). The family life cycle. In: F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*. (pp. 375-398). New York: The Guilford Press.
- McGrath, R., Pogge, D. & Stokes, J. (2002). Incremental validity of selected MMPI-A content scales in an inpatient setting. *Psychological Assessment*, 14(4), 401-409.
- Mead, M. (1979). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Editorial Laia.
- Meave, S. (2008). *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo, elementos para la intervención preventiva con adolescentes escolares*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Meave, S. & Lucio, E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 203-222.
- Medina-Mora, M.E., Mondragón, C. & Mariño, C. (1999). ¿Quiénes son los adolescentes que no van a la escuela? Encuesta de hogares en la ciudad de Pachuca, Hgo. *Salud Mental*, 22(3), 41-49.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al (2003a). Prevalencia de trastornos emocionales y factores de riesgo en diferentes poblaciones. *Memorias de La Reunión Sobre Investigación y Enseñanza*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al (2003b). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12 months DSM-V psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773-1784.
- Melillo, A. & Suárez-Ojeda, N. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, P. & Barra E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17(1), 59-64.

- Menkes, K., & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 35, 1-31.
- Meyers, S. A. & Millers, Ch. (2004). Direct, mediated, moderated and cumulative relations between neighborhood characteristic and adolescents outcomes. *Adolescence*, 39(153), 121-144.
- Meyers, S. A., Varkey, S. & Aguirre, A. (2002). Ecological correlates of family functioning. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 257-273.
- Mickelson, K. & Kubzansky, L. (2003). Social distribution of social support: The mediating role of life events. *American Journal of Community Psychology*, 32(3), 265-281.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S. & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-190.
- Minuchin, S. (1995). *Familias y terapia familiar (5a. ed.)*. España: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, J. (1992). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guernsey, B., Rosean, B. & Scumer, F. (1969). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Moos, R. & Holahan, Ch. (2003). *Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Toward an Integrative Framework*. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403.
- Morton, T., Farris, K. & Brenowitz, L. (2002). MMPI-A scores and high points of male juvenile delinquents scales, 4, 5, and 6 as markers of juvenile delinquency. *Psychological Assessment*, 14(3), 311-319.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E. Infante, F. & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Fundación Kellogg. Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional. Recuperado de <http://www.resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>
- Munist, M. & Suárez-Ojeda, E.N. (2004). Resiliencia en los adolescentes. En: A. Melillo, N.E. Suárez-Ojeda & D. Rodríguez (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 137-153). Buenos Aires: Paidós.
- Norris, F.H. & Kaniasty, K.Z. (1996). Received and perceived social support in time of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- Olson, D.H. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: C. J. Falicov (Comp.), *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo vital*. (pp. 99-128). Buenos Aires: Amorrortu.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-166.
- Olson, D.H., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen., M. & Wilson, M. (1982). *Family Inventories*. St. Paul: University of Minnesota Press.
- Ordoñez, E. (2003). *Análisis del ritmo de vida de dos grupos de estudiantes de la zona metropolitana de la Ciudad de México: diferencias de sexo*. (Tesis inédita de Licenciatura). FES Zaragoza. UNAM, México.
- Organización de Naciones Unidas (2008). Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Datos de México. 1990-2000. División de Estadística de las Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Techgroup. Recuperado de <http://www.millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/data.aspx?cr=484>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud y desarrollo del adolescente*. Recuperado de <http://paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/ADOLHome.htm>
- Ortiz, L. (2008). *Distribución de los trastornos mentales de acuerdo a la estratificación socioeconómica en adultos de México*. (Tesis inédita de Doctorado). UAM Xochimilco, México.

- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., Soriano, S. Galván, J. & Rodríguez, E. (2007). Uso de drogas en la Ciudad de México: Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). *Salud Mental*, 30(4), 41-46.
- Owens, E. & Shaw, D. (2003). Poverty and early childhood adjustment. In: S.S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 267-293). New York: Cambridge University Press.
- Palomar, J. & Cienfuegos, Y. (2006). Impacto de la variables de personalidad sobre la percepción de la pobreza. *Anales de Psicología*, 22(2), 217-233.
- Patterson, J.M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349-360.
- Patterson, J.M., & McCubbin, H.I. (1987). Adolescent coping style and behaviour: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescent*, 10(2), 163-186.
- Peña, F., Ulloa, F. & Páez, F. (1999). Co-morbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental, Número Especial*, 1-5.
- Pérez y Farías, J.M., Durán, C. & Lucio, E. (2003). Un estudio sobre la estabilidad temporal del MMPI-A con un diseño test-retest en estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 26(2), 59-66.
- Piaget, J. (1974). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Pinkerton, J. & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and Family social Work*, 12, 219-228.
- Plankerel, B. & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474.
- Plunkett, S., Henry, C. & Knaub, P. (1999). Family stressor events, family coping, and adolescent adaptation in farm and ranch families. *Adolescence*, 34(33), 146-168.
- Plunkett, S., Radmacher, K., Kimberly, A. & Moll-Phanara, D. (2000). Adolescent life events, stress and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3(5), 356-367.
- Quiroz, N., Villatoro, J., Juárez, F., Gutiérrez, M.L., Amador, N. & Medina-Mora, M.E. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo en conducta antisocial. *Salud Mental*, 30(4), 47-54.
- Reuchkin, W., Eisemann, M, & Häggglöf, B, (1999). Coping styles in delinquent adolescents and controls: The role of personality and parental rearing. *Journal of Youth and Adolescent*, 28, 705-717.
- Reuchkin, V.V., Kuposov, R.A., Eisemann, M. & Häggglöf, B. (2002). Alcohol use in delinquent adolescents from Northern Russia: the role of personality, parental rearing and family history of alcohol abuse. *Personality and Individual Differences*, 32, 1139-1148.
- Ritchie, D. & Fetzpatrich, M. (1999). Family communication patterns: Measuring interpersonal perceptions of interpersonal relationship. *Communication Research*, 17(4), 523-544.
- Rivera, M. E. (1999). *Evaluación de las relaciones intrafamiliares: Construcción y validación de una escala*. (Tesis inédita de Maestría). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Rivera, M. E. & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rodin, J., Striegel-Moore, R. & Silberwstein, L. (2002). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: risk and protective factors for bulimia nervosa. In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 361-383). New York: Cambridge University Press.
- Rolf, J.E., & Johnson, J.L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. In M. D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive*

- life adaptations*. (pp. 229-249). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Roque, M.P. (2009). *Resiliencia materna ante la discapacidad: Estudio en una comunidad marginada del DF*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Russel, M. (2004). *Actitudes y normas subjetivas asociadas a las intenciones y a la actividad física en niños y adolescentes mexicanos: Un estudio transversal*. (Tesis inédita de Maestría). Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Rutter, M. (1985). Introducción. En: M. Rutter (Comp.), *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*. (pp. 1-17). México: Salvat Editores.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-31.
- Rutter, M. (1993a). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1993b). Developmental psychopathology as a research perspective. In: D. Magnusson & P. Casaer (Eds.), *Longitudinal research on individual development*. (pp. 127-152). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2000). Stress research. Accomplishments and tasks ahead. In: R. J. Haggerty, I.R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter. *Stress, Risk and Resilience in children and Adolescents Processes, Mechanisms and Interventions*. (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2002). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2003). Genetic influences on risk and protectin: Implications for understanding resilience. In: S.S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 740-783). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competency and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Sameroff, A. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. Cohen. *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. (pp. 659-695). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Sameroff, A. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, 5, 1287-1292.
- Sameroff, A., Morrison, L., & Peck, S. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In: S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability adaptative in the context of childhood adversities*. (pp. 365-391). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. & Rosenblum. K. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annuary of New York Academy Science*, 116-124.
- Sameroff, A. & Seiffer, R. (2002). Early contributors to developmental risk. In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 52-67). New York: Cambridge University Press.
- Sánchez-Sosa, J.; Jurado, S. & Hernández, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores de crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2), 101-116.
- Sánchez, R., Borda, M., Torres, P. & Lozano, O. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 9, 15-23.
- Santos, J., Villa, J., García, M. A.; León, G. Quezada, S. & Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(1), 5140-5152.

- Scholte, R.H., Leishout, C. & Aken, M. (2001). Perceived relational support in adolescence: Dimensions, configurations, and adolescent adjustment. *Journal of Research in Adolescence*, 11, 71-94.
- Scott, R., Butcher, J., Young, T. & Gomez, N. (2002). The Hispanic MMPI-A across five countries. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 407-417.
- Scott, R. & Mamani-Pampa, W. (2008). MMPI-A for Perú: Adaptation and normalization. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 719-732.
- Secretaría de Salud (2006). Principales causas de mortalidad en población de 15 a 24 años. Recuperado de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/sns/vitales/cuadro8a.htm>
- Seidman, E. & Pedersen, S. (2003). Holistic contextual perspectives on risk, protective and competence among low income urban adolescents. In: S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability adaptive in the context of childhood adversities*. (pp. 318-342). New York: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence*, 16, 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' Health. A Developmental Perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 575-691.
- Seiffge-Krenke, I. & Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 405-417.
- Serrano, E. D. (2001). El concepto de pobreza, su medición, y las relaciones con los problemas del medio ambiente. *Revista LunAzul. Revista Científica de la Universidad de Caldas*. Recuperado de <http://www.luazul.ucaldas.edu.co/downloads/E541b6ab/revista/pdf>
- Serrano, G. & Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230.
- Smith, Ch. (1999). *The Encyclopedia of Parenting Theory and Research*. West Port: Greenwood Publishing Group.
- Sobrinho, J. (2010). *Migración urbana*. México: CONAPO. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/10.pdf>
- Soriano, A., Ortiz, A., & Galván, J. (2006). *Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID. Resultados y tendencias 1987-2004. Serie Estadística en Farmacodependencia. Tendencias en el área metropolitana*. México: CONACYT.
- Stein, L. & Graham, J. (2002). Use of the MMPI-A to detect substance abuse in a juvenile correctional setting. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 508-523.
- Struman, T.J. & Higgins, E.T. (1993). The self construct in social cognition: Past, present, and future In: Z. Segal & S. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspective*. (pp. 3-40). New York: The Guilford Press.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collings College Publishers.
- Thies, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. En: M. Manciaux (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (pp. 45-59). Barcelona Editorial Gedisa.
- Thompson, R., Flood, M. & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder and Adaptation*. (pp. 1-37). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Tiet, Q., Bird, H., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. & Goodman, Sh. (1998). Adverse life events and resilience. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1191-1200.

- Tusaie, K., Puskar, K. & Sereika, S. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 54-60.
- Valencia, R. (2005). *El control de la resiliencia del yo en los problemas de los niños y niñas*. (Tesis inédita de Doctorado en Psicología). UNAM, México.
- Valdini, L. (2001). *Perspectiva de la pobreza. Orientación económica*. México: Lorna.
- Vanistendael, S. (2005, noviembre). La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos. *2º Congreso Internacional de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes*. Madrid, España.
- Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en los niños maltratados la confianza de sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2004). Resiliencia y sentido de vida. En: A. Melillo, N.E. Suárez & D. Rodríguez, (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 91-101). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J. & Medina-Mora, M. E. (2004). Encuestas Nacionales de Consumo de Drogas de Estudiantes III 1991-2003. Recuperado de <http://www.inprf.org.mx/sociales/enuestas/Encuesta%2055.htm>
- Villatoro, J., Medina-Medina, M.E., Rojano, C., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutierrez, M. & Ramos, A. (2004). *Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del DF: Medición otoño 2003. Reporte de la Delegación Iztapalapa*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría-Secretaría de Educación Pública.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcanzar, M. I. et al. (2001). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. *Reporte Global del Distrito Federal*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría-Secretaría de Educación Pública.
- Villarruel, B. (2009). Programa de intervención para pacientes adolescentes de leucemia aguda. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Villarruel, B. & Lucio, E. (2007, July). Psychometric properties of the Coping Across Situation Questionnaire in a sample of mexican adolescents. *28th. Stress and Anxiety Research Society Conference*. Bávaro-Punta Cana, Dominican Republic.
- Villegas, C. (2009). Competencia maternal percibida y habilidades de afrontamiento en adolescentes. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Waschbusch, D., Sellers, D., LeBlanc, M. & Kelly, M. (2003). Helpless attributions and depression in adolescents: the roles of anxiety, event valence, and demographics. *Journal of Adolescence*, 26(2), 169-184.
- Wadsworth, M. & Compas, B. (2002). Coping with family conflict and economic strain: the adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 243-247.
- Wadsworth, M., Raviv, M.A., Compas, B. & Connor-Smith, J. (2005). Parent and adolescent responses to poverty related stress: Tests of mediated and moderated coping models. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 283-298.
- Wagner, B. (1998). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2), 246-298.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Aguilera R.M., Ramos-Lira, L. Medina-Mora, M.E. & Anthony, J. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 26(2), 22-32.
- Walsh, E. (2004). *Resiliencia Familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Werner, E. (1996). How kids become resilient: Observations and cautions. *Resiliency in Action*, 1(1), 18-28.
- Werner, E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. New York: Cornell University Press
- Williams, C. & Uchyma, C. (1989). Assessment of life events during adolescence: the use of self-report inventories. *Adolescence*, 24(93), 96-117.
- Wohl, J. & Erickson, S. (1999). *Fundamentos del desarrollo humano*. México: Pax-Mex.

- World Federation for Mental Health –WFMH- (2006). Making Mental Health a Global Priority. World Mental Health Day: Building awareness-reducing risk: mental illness and suicide. Recuperado de <http://www.wfmh.org/00worldmentalhealthday.htm>
- World Health Organization –WHO- (2003). Prevention and Care of Illness. Adolescents. Recuperado de http://www.who.int/child-adolescent-health/prevention/adolescents_substance.htm
- World Health Organization (2004). *Poverty Reduction Strategy Papers. Theirs significance for health: second synthesis report*. Geneva: WHO Document Production Services. Recuperado de <http://www.who.int/poverty&health.2004/index.html>.
- World Health Organization –WHO- (2007a). Child and adolescent health and development. Progress Report 2006-2007. Recuperado de http://www.who.int/child_adolescent_health/en/
- World Health Organization (2007b). World Suicide Prevention Day. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/en/index.html>.
- World Health Organization (2008). *Improve daily living conditions*. Part 3. Daily living conditions: Recommendations for actions. Chapter 5. Recuperado de <http://www.who.int/hdp/html>.
- World Health Organization (2011). *Salud y desarrollo del niño y el adolescente*. Recuperado de <http://www.who.int/hdp/html>.
- Wolkiend, S. & Rutter, M. (1985). Separation, loss and family relationships. In: M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescence Psychiatric*. (pp. 116-129). Oxford, Edimburgh: Blackwell Scientific Publications.
- Wyman, P. (2003). Emerging perspective on context specificity of children’s adaptation on resilience: evidence from decade of research with urban children in adversity. In: S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: adaptative in the context of childhood adversities*. (pp. 293-317). New York: Cambridge University Press.
- Wyman, P., Sandler, I., Wolchik, Sh. & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In: D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 133-184). Washington, DC: Child Welfar.
- Yates, T., Egeland, B. & Sroufe, A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In: S.S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 243-266). New York: Cambridge University Press.
- Zanini, D. & Forns, M. (2004). Coping y psicopatología: Comparación entre adolescentes de la muestra general y subclínica. *Psiquiatría*, 8(2), 1-8.
- Zanini, D., Forns, M. & Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento: implicaciones en la salud mental de los adolescentes catalanes. *Psiquiatría*, 7(5), 1-7.
- Zanini, D., Forns, M. & Kirchner, T. (2005). Coping responses and problem appraisal in spanish adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 100, 153-166.
- Zamora, M. (2006). *Migración y estrés como predictores del fracaso escolar en estudiantes de bachillerato*. (Tesis de inédita de Licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM, México.

A N E X O



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto acepto participar en la sesión de evaluación psicológica en la que se me aplicarán una serie de cuestionarios a los cuales contestaré de manera honesta y con seriedad sabiendo que puede ser de beneficio para otros adolescentes como yo y que no pone en riesgo mi integridad física, psicológica o moral, ya que toda la información que proporcione será *CONFIDENCIAL, ANÓNIMA y VOLUNTARIA*, por lo que puedo dejar de contestar en el momento que yo desee sin repercusión alguna.

México D. F., a _____ de _____ 2009.

Firma del Adolescente

Vo. Bo. Firma Padre, Madre,
Tutor u Otro

Firma del Responsable
de la Institución



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto yo _____ acepto participar y asistir a una sesión de evaluación psicológica en la que se me aplicarán una serie de cuestionarios a los cuales contestaré de manera honesta y con seriedad sabiendo que es para mi beneficio y que toda la información que proporcione será **CONFIDENCIAL**.

Después de la evaluación continuaré con una fase de tratamiento por lo cual me comprometo a asistir regularmente a las sesiones del(los) taller(es) o sesiones terapéuticas que se me indique, cumpliendo con las citas y horarios establecidos.

México, D. F., a _____ de 2009.

Firma del Adolescente

Vo. Bo. Firma Padre, Madre,
Tutor u Otro

Firma del Responsable
(Psicólogo o Médico Tratante)